Прилож. къ Учен. Зап. Каз. Унив. за 1901 годъ Февраль.

ШЕСТЬ ЛЕКЦІЙ

О

ПРОГРЕССИВНОМЪ ПАРАЛИЧѢ

ПОМѢШАННЫХЪ.

Д-ра Н. М. Попова.

Орд. профессора Императорскаго Казанскаго Университета.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1901.

Illinois State Natural History Survey
Library

Д-ръ Н. М. Поповъ.

Орд. Профессоръ Императорскаго Казанскаго Университета.

ШЕСТЬ ЛЕКЦІЙ

О

ПРОГРЕССИВНОМЪ ПАРАЛИЧѢ

ПОМѢШАННЫХЪ.

SEP 19 1904

КАЗАНЬ.

Типо-литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.

1900.

Печатано по опредѣленію Медицинскаго Факультета при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Деканъ *Н. Любимовъ.*

Лекція I.

Этіологія прогрессивнаго паралича.

Быстрое усиленіе заболѣваемости прогрессивнымъ параличемъ, какъ характерная черта XIX столѣтія. Статистическія данныя, доказывающія этотъ фактъ.

Этіологическая роль современной цивилизаціи, климата, расы, общественнаго положенія. Вліяніе пола на заболѣваемость; различіе въ выводахъ прежнихъ и современныхъ наблюдателей. Этіологическое вліяніе возраста; средній возрастъ паралитиковъ по старой и новѣйшей статистикѣ. Наслѣдственность въ этіологіи прогрессивнаго паралича; рѣзкое различіе авторовъ во взглядахъ на этотъ вопросъ. Этіологическое значеніе сифилиса; доводы защитниковъ сифилитической теоріи и возраженія противъ нихъ. Значеніе алкоголя, половыхъ излишествъ, чрезмѣрной умственной работы, артритическаго діатеза и травмы въ развитіи прогрессивнаго паралича.

Мм. Гг.!

Если Вы оглянетесь на все прошлое человѣчества, то, конечно, должны будете признать, что XIX-ое столѣтіе является безспорно наиболѣе выдающимся по тому поразительно быстрому развитію культуры, которымъ оно ознаменовалось. Вполнѣ естественное стремленіе размножающагося населенія цивилизованныхъ странъ отыскивать себѣ новые источники для существованія въ нашемъ вѣкѣ встрѣтилось съ замѣчательными успѣхами въ области теоретическаго и практическаго знанія и благодаря этому сочетанію людямъ стали доступны невѣдомыя доселѣ области природы, были подчинены такія могучія силы послѣдней, какъ электричество и паръ. И быстро, и радикально измѣнились самыя коренныя условія общественной жизни. Села, деревни начали пустѣть, а взамѣнъ того стало

непомѣрно развиваться населеніе большихъ городовъ; небывалой до того высоты достигло развитіе фабричной и заводской промышленности; горячимъ ключомъ забила общественная и политическая жизнь, развивая самолюбіе и честолюбіе отдѣльныхъ лицъ; усовершенствованныя пути сообщенія соединили самыя отдаленныя страны, давая возможность всѣмъ цивилизованнымъ націямъ принять участіе въ конкурсѣ на всемірное господство.

Я далекъ отъ мысли набросать здѣсь даже блѣдную характеристику современнаго общественаго строя; мнѣ хотѣлось только указать, почему этотъ строй предъявляетъ все большіе и большіе запросы психическому органу человѣка.

Мы знаемъ, что благодаря усиленной дѣятельности каждый органъ развивается, приспособляясь къ тѣмъ требованіямъ, которыя ему представлены, но это только до извѣстныхъ границъ; затѣмъ организмъ реагируетъ заболѣваніемъ на ненормальныя условія, въ какія онъ попадаетъ. Головной мозгъ современнаго человѣка чрезмѣрно отягощенъ выпадающей на его долю работой, всѣдствіе чего сдѣлался особенно доступнымъ всѣмъ вреднымъ вліяніямъ и въ результатѣ мы имѣемъ цѣлый рядъ нервныхъ и душевныхъ страданій, между которыми одно изъ наиболѣе почетныхъ мѣстъ принадлежитъ прогрессивному параличу помѣшанныхъ. Но только что высказанная мною мысль о тѣсной связи прогрессивнаго паралича съ современной цивилизаціей слишкомъ важна, чтобы можно было ограничиться общими разсужденіями. Вотъ почему я считаю необходимымъ подкрѣпить ее историческими фактами, съ одной стороны, данными точной статистики—съ другой. Изъ исторіи психіатріи извѣстно, что древнимъ врачамъ прогрессивный параличъ вовсе не былъ извѣстенъ, а между тѣмъ они насчитывали въ своихъ рядахъ весьма выдающихся клиницистовъ, одаренныхъ замѣчательными талантами наблюдателя; таковы *Гиппократъ, Целій Аврелiанъ, Арэтей Каппадокійскій* и мн. другіе. Эти ученые оставили намъ довольно обстоя-

тельныя описанія маніи, меланхоліи и иныхъ формъ душевнаго разстройства, но ни слова не упоминаютъ о прогрессивномъ параличѣ, который между тѣмъ рѣзко выдѣляется не только по психическимъ, но и по физическимъ симптомамъ. Трудно допустить, чтобы столь своеобразный симптомокомплексъ могъ ускользнуть отъ ихъ наблюдательности. Остается поэтому предположить, что если прогрессивный параличъ и существовалъ въ древніе вѣка, то во всякомъ случаѣ представлялъ собою весьма рѣдкое явленіе. Первыя точныя указанія на это страданіе мы находимъ только въ концѣ прошлаго столѣтія у *Haslam*'а. Послѣ великой французской революціи оно начинаетъ очень быстро распространяться, чѣмъ невольно останавливаетъ на себѣ особенное вниманіе психіатровъ и уже въ 1822 году появилась замѣчательная работа *Bayle'я* [1]), въ которой мы встрѣчаемъ довольно полное описаніе клинической картины болѣзни. Съ тѣхъ поръ заболѣваемость прогрессивнымъ параличемъ быстро увеличивается и, какъ говоритъ статистика всѣхъ цивилизованныхъ странъ, это увеличеніе продолжается и въ самое послѣднее время.

Althaus [2]) показалъ, что за періодъ времени отъ 1838 до 1871 г. процентъ паралитиковъ въ англійскихъ больницахъ повысился отъ 12,61% до 18,11%, тогда какъ процентъ всѣхъ вообще душевно-больныхъ за этотъ же періодъ увеличился лишь на 1,41%. *Regis* [3]) для Франціи даетъ увеличеніе числа прогресивныхъ паралитиковъ въ послѣдніе годы на 33,3%. По *Thomsen'y* [4]) въ Берлинской Charité процентъ паралитиковъ отъ 1880 до 1885 г. увеличился съ 28—35%, а процентъ всѣхъ вообще душевно-больныхъ за это же время поднялся на 6%. По *Krafft-Ebing'y* [5]) процентъ прогресивныхъ паралитиковъ въ Вѣнской клиникѣ 1873—1877 гг. равняется для мужчинъ 15,7%, для женщинъ 4,4%, а въ 1888—1892 годахъ онъ достигалъ 19,7% для первыхъ и 10,0% для вторыхъ.

Приведенныя мною историческія справки и цифры точной

статистики, кажется, съ достаточной убѣдительностью доказываютъ, что въ прогресивномъ параличѣ мы имѣемъ заболѣваніе тѣсно связанное съ самымъ строемъ нашей общественной жизни и развивающееся до настоящаго времени съ неудержимой быстротой. Отсюда ясно вытекаетъ громадная теоретическая и практическая важность детальнаго изученія прогрессивнаго паралича. Необходимо, чтобы свѣдѣнія о немъ не оставались достояніемъ только спеціалистовъ—невропатологовъ, а достигли болѣе широкаго распространенія какъ между врачами вообще, такъ и между всѣми образованными людьми.

* * *

Изученіе каждой болѣзни принято обыкновенно начинать съ ея этіологіи, знакомство съ которой представляетъ тѣмъ большую важность, что этіологія всецѣло опредѣляетъ собою наиболѣе дѣйствительныя мѣры борьбы съ заболѣваніемъ—его профилактику. Этому правилу послѣдую и я и остановлю Ваше вниманіе прежде всего на этіологіи прогрессивнаго паралича. Какъ и при другихъ душевныхъ страданіяхъ мы разсмотримъ сначала отдѣльно моменты предрасполагающіе къ страданію и непосредственно его вызывающіе. Среди моментовъ предрасполагающихъ общихъ психіатры называютъ на первомъ мѣстѣ вліяніе цивилизаціи. Но мнѣ уже пришлось говорить по этому поводу вначалѣ нашей бесѣды; я могу добавить только, что зависимость паралича отъ цивилизаціи доказывается между прочимъ тѣмъ фактомъ, что среди населенія большихъ городовъ это страданіе встрѣчается въ четыре раза чаще, чѣмъ среди жителей деревни (*Arnaud*) [6]). Цивилизація однако представляетъ собою факторъ слишкомъ сложный и на болѣе подробномъ анализѣ его мы останавливаться пока не будемъ.

Не менѣе сложнымъ факторомъ является вліяніе климата. Здѣсь можно утверждать только одно: среди сѣверянъ прогрессивный параличъ достигаетъ несравненно большаго развитія,

чѣмъ среди южанъ. Но по скольку тутъ дѣло идетъ о вліяніи самого климата, высказаться съ опредѣленностью довольно трудно. По мнѣнію однихъ дѣло сводится къ тому, что въ тропическихъ странахъ цивилизація не достигла такого развитія, какъ въ странахъ болѣе сѣверныхъ. Другіе считаютъ возможнымъ объяснить рѣдкое появленіе паралича въ жаркомъ климатѣ болѣе благопріятнымъ теченіемъ сифилиса.

Раса, повидимому, не оказываетъ особеннаго вліянія на заболѣваемость. По крайней мѣрѣ статистика приводитъ насъ къ убѣжденію, что всѣ цивилизованные народы, къ какой бы расѣ они ни принадлежали, одинаково склонны къ заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ. Такъ *Mendel* [7]) сообщаетъ, что въ Пруссіи на общее число душевно-больныхъ, поступившихъ въ спеціальныя заведенія въ 1876 г., прогрессивныхъ паралитиковъ мужчинъ приходилось 16,36%, а женщинъ—3,66%, во Франціи въ 1874 г. между душевно-больными мужчинами паралитиковъ было 19,97%, между женщинами 8%, въ Англіи между мужчинами—18,8% и между женщинами—6,5%. Изъ сопоставленія этихъ цифръ мы дѣйствительно видимъ, что между заболѣваемостью прогрессивнымъ параличемъ у англичанъ, французовъ и нѣмцевъ нѣтъ сколько-нибудь существенной разницы.

Изслѣдователи далѣе нерѣдко останавливали свое вниманіе на вопросѣ, какъ вліяетъ на заболѣваніе параличемъ общественное положеніе, принадлежитъ ли ему въ этіологіи болѣзни извѣстная роль и какая именно? Однако сколько-нибудь точнаго отвѣта на эти вопросы мы не имѣемъ, да врядъ ли и можемъ когда-либо имѣть. Прежніе психіатры склонялись къ мысли, что мужчины привиллегированныхъ классовъ заболѣваютъ чаще, чѣмъ не привиллегированныхъ, у женщинъ же, принадлежащихъ къ высшимъ слоямъ общества, прогрессивный параличъ почти не встрѣчается. Но статистика послѣднихъ лѣтъ показываетъ, что параличъ распространяется во всѣхъ классахъ общества, не щадя ни женщинъ, ни мужчинъ,

хотя между лицами нѣкоторыхъ профессій онъ встрѣчается повидимому чаще, чѣмъ у остальныхъ. Такъ, еще *Calmeil* [8]) замѣтилъ, что офицеры чрезвычайно часто заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ и этотъ фактъ до сихъ поръ встрѣчаетъ себѣ многочисленныя подтвержденія. Среди католическаго духовенства, наоборотъ, параличъ поразительно рѣдокъ. *Bouchoud* *) нашелъ между душевно-больными священниками только 2,43% паралитиковъ, тогда какъ среди остальныхъ душевно-больныхъ процентъ послѣднихъ достигалъ 28.

Крайне интересно выяснить, какое отношеніе имѣетъ полъ къ прогрессивному параличу. Этому вопросу посвященъ цѣлый рядъ спеціальныхъ изслѣдованій и, сопоставляя результаты, полученные старыми и позднѣйшими авторами, мы находимъ между первыми и вторыми существенную разницу.

Въ 70-хъ годахъ въ прусскихъ заведеніяхъ число мужчинъ, страдавшихъ прогрессивнымъ параличемъ, относилось къ числу женщинъ, пораженныхъ тою же болѣзнью, какъ 8: 1, въ сѣверо-американскихъ, какъ 9: 1, въ англійскихъ, какъ 8: 1, *Siemerling*, опираясь на статистику Charité за послѣдніе 13 лѣтъ, принимаетъ уже это отношеніе, какъ 3,4:1. Точно такое же отношеніе нашелъ Meynert въ 80-хъ годахъ для Вѣны [5]). По *Жданову* [9]), изслѣдованіе котораго появилось въ 1894 г., число паралитиковъ мужчинъ относится къ числу паралитиковъ женщинъ въ Даніи, какъ 3,49:1, въ Италіи, какъ 3,32:1, въ Россіи, какъ 3,15:1, въ Англіи, какъ 2,89:1, въ Бельгіи, какъ 2,77:1, во Франціи, какъ 2,40:1. *Crété* [10]), еще болѣе поздній изслѣдователь, пришелъ къ выводу, что число женщинъ, заболѣвшихъ прогрессивнымъ параличемъ въ департаментѣ Нижней Сены, за послѣдніе 7 лѣтъ возрасло на 3,7% по сравненію съ предшествовавшимъ 10-лѣтіемъ. Этотъ фактъ убѣдительно свидѣтельствуетъ, на сколько быстро развивается

---

*) *Krafft-Ebing*. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Русское изданіе, стр. 43.

нынѣ заболѣваемость параличемъ у женщинъ: увеличеніе ея можно подмѣтить, даже оперируя надъ статистическимъ матеріаломъ, относящимся къ ограниченной мѣстности. Изъ сравненія приведенныхъ выше цифръ Вы видите, что разница, которая существовала ранѣе между мужчинами и женщинами, начинаетъ быстро сглаживаться и намъ теперь нѣтъ необходимости, подобно *Baillarger* и *Lunier*, останавливаться на благодѣтельномъ вліяніи менструальнаго отдѣленія, которое, по мнѣнію только что названыхъ авторовъ, оказывало благотворное предохранительное дѣйствіе. Старые психіатры старались указать также нѣкоторыя особенности въ клинической картинѣ женскаго прогрессивнаго паралича; они утверждали, напримѣръ, что параличъ у женщинъ проявляется менѣе бурно, что у нихъ на первый планъ выступаетъ прогрессирующее слабоуміе, что самыя идеи бреда, если только онѣ встрѣчаются, не выходятъ изъ области будничныхъ интересовъ, лишены отпечатка грандіозности, что наконецъ самая продолжительность болѣзни у женщинъ значительно болѣе, чѣмъ у мужчинъ. Но въ настоящее время и эта разница, какъ показываютъ наблюденія, начинаетъ сглаживаться, такъ какъ среди мужчинъ все чаще и чаще попадаются дементныя формы, характеризующіяся меньшимъ возбужденіемъ и большей продолжительностью. Но въ особенно рѣзкое противорѣчіе съ прежними наблюдателями впадаютъ современные аліенисты, опредѣляя средній возрастъ, въ которомъ начинается заболѣваніе прогрессивнымъ параличемъ, т. е. когда они стараются выяснить, какой періодъ жизни человѣка наиболѣе располагаетъ къ развитію болѣзни? По *Calmeil*'ю [8]) этотъ средній возрастъ равняется $44^1/_2$ годамъ, *Regis* [3]) принимаетъ за него 38 лѣтъ, по *Mendel*'ю [7]) наибольшій процентъ заболѣвшихъ падаетъ на періодъ отъ 35 до 40 лѣтъ. Въ современной литературѣ, однако, все чаще и чаще упоминаются случаи развитія прогресcивнаго паралича у лицъ моложе 30 даже 25 лѣтъ. Но этого мало. Мы можемъ встрѣтить заболѣваніе прогрессивнымъ

параличемъ въ еще болѣе раннемъ возрастѣ, даже у дѣтей; таковы случаи *Charcot* и *Dutil*'я [11]), *Ющенко* [12]), *Wiglesworth*'а [13]) и многихъ другихъ. *Wiglesworth* на основаніи данныхъ литературы, равно какъ и собственныхъ наблюденій, могъ подмѣтить даже нѣсколько характерныхъ чертъ, присущихъ клинической картинѣ юношескаго паралича. Такъ, онъ отмѣчаетъ, что заболѣваніе начинается чаще всего между 12 и 16 годами, т. е. въ періодъ pubertatis, что оно тянется до $4^1/_2$ лѣтъ, т. е. отличается сравнительно большею продолжительностью. Онъ указываетъ далѣе, что подъ вліяніемъ болѣзни пріостанавливается физическое развитіе, остается дѣтскій habitus, menstrua не наступаютъ; наиболѣе выдающимся симптомомъ является прогрессирующее слабоуміе, не осложняемое идеями бреда. Главнымъ этіологическимъ моментомъ юношескаго паралича *Wiglesworth* считаетъ наслѣдственное предрасположеніе; за нимъ слѣдуютъ сифилисъ и травмы черепа. Въ этомъ отношеніи однако ему противорѣчатъ наблюденія болѣе позднихъ авторовъ: *Krafft-Ebing'a* [5]), *Gianelli* [14]), *Rad'a* [15]), *Raymond'a* [16]) и другихъ, которые въ анамнезѣ своихъ случаевъ чаще всего открывали именно наслѣдственный сифилисъ. Среди предрасполагающихъ индивидуальныхъ моментовъ въ этіологіи прогрессивнаго паралича психіатры болѣе всего обращали вниманіе на наслѣдственность, но здѣсь выводы ихъ весьма рѣзко расходятся между собою. *Obersteiner* констатировалъ наслѣдственное предрасположеніе только въ $11,5^0/_0$ своихъ случаевъ, *Oebecke* въ $22^0/_0$, *Ziehen* въ $45^0/_0$, а *Arnaud* [5]) даже въ $53^0/_0$. Очень видное значеніе придаютъ наслѣдственности также нѣкоторые изъ позднѣйшихъ авторовъ. Такъ *Serieux* и *Farnarier* [17]), признавая сифилисъ наиболѣе частой причиной паралича, въ тоже самое время полагаютъ, что онъ, какъ и всѣ другіе моменты, чтобы вызвать развитіе болѣзни, долженъ падать на наслѣдственно предрасположенную почву. Подобный же взглядъ на роль наслѣдственнаго предрасположенія и дегенераціи въ этіологіи паралича высказалъ въ своихъ недавнихъ работахъ

Joffroy [18]), описавшій между прочимъ одинъ случай, гдѣ сифилисъ можно было съ положительностью исключить и гдѣ главнѣйшимъ, если не единственнымъ, факторомъ явилась психическая дегенерація. Ученики *Joffroy*, *Roques et Fursac* [19]), высказываются еще рѣшительнѣе. Они уверждаютъ, что наслѣдственное предрасположеніе, повидимому, основная причина прогрессивнаго паралича. Всѣ другіе этіологическіе факторы—инфекція, травма и т. п. только благопріятствуютъ развитію болѣзни, наклонность къ которой существовала уже отъ рожденія, это—причины случайныя.

Näcke [20]) могъ указать почти въ половинѣ всѣхъ своихъ случаевъ наслѣдственно предрасположенную почву. Этотъ авторъ, не отрицая этіологическаго вліянія сифилиса, полагаетъ, что lues только усиливаетъ уже имѣющуюся инвалидность мозга и тѣмъ облегчаетъ взрывъ болѣзни, для возникновенія которой требуется обыкновенно еще какой-либо непосредственный толчекъ; такимъ моментомъ чаще всего является душевное волненіе. Подобная разница во взглядахъ авторовъ объясняется, конечно, отчасти матеріаломъ, съ которымъ имъ приходилось имѣть дѣло, но главнымъ же образомъ зависѣла отъ того, что каждый изъ наблюдателей по своему понималъ наслѣдственность то въ болѣе узкомъ, то въ болѣе широкомъ смыслѣ.

Этимъ мы закончимъ разсмотрѣніе причинъ предрасполагающихъ къ заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ и перейдемъ къ анализу моментовъ, которые непосредственно вызываютъ страданіе. Среди нихъ на первомъ планѣ должно назвать, конечно, сифилисъ.

Еще *Bayle* въ своей работѣ отмѣтилъ, какъ часто среди паралитиковъ попадаются люди, перенесшіе до того сифилисъ. Однако онъ не рѣшился поставить эти двѣ болѣзни въ причинную зависимость и ограничился лишь тѣмъ, что констатировалъ голый фактъ. Въ 1857 году *Esmarch* и *Jessen* [21]) первые заявили, что сифилису необходимо приписать видную роль

въ этіологіи прогрессивнаго паралича, и съ тѣхъ поръ по настоящее время этотъ вопросъ приковываетъ къ себѣ вниманіе всѣхъ наиболѣе выдающихся представителей нашей науки. *Rieger* [22]), сопоставивъ 11 статистическихъ изслѣдованій, принадлежащихъ различнымъ авторамъ, показалъ, что между 1010 душевно-больными не паралитиками лицъ, перенесшихъ сифилисъ, было не болѣе 45, между тѣмъ какъ среди 1010 паралитиковъ ихъ насчитывали отъ 364 до 536, т. е. почти въ 12 разъ болѣе. *Mendel* [23]) нашелъ сифилисъ въ анамнезѣ у 75% паралитиковъ, у другихъ же душевно-больныхъ только въ 18%. По *Snell*'ю 75% паралитиковъ страдали раньше сифилисомъ, по *Furstner*'у же только 32% (*Krafft-Ebing* op. cit). *Hougberg* [24]) говоритъ, что на 1520 душевно-больныхъ, принятыхъ въ финляндское заведеніе Lappviko за періодъ времени отъ 1875 до 1892 года, паралитиковъ было 107 и изъ нихъ въ 75,7% былъ навѣрное lues, въ 11,2% онъ былъ весьма вѣроятенъ, такимъ образомъ общій процентъ сифилитиковъ равняется 86,9%. У 1413 душевно-больныхъ не паралитиковъ авторъ нашелъ lues только у 60, т. е. въ 4,24%. Изъ 312 прогрессивныхъ паралитиковъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ д-ра *Campbell*'я [25]), у мужчинъ достовѣрный сифилисъ оказался въ 62%, у женщинъ въ 37%, вѣроятный сифилисъ у мужчинъ былъ въ 24%, у женщинъ въ 60%; 13% паралитиковъ мужчинъ и 2% паралитиковъ женщинъ не имѣли надлежащихъ свѣдѣній. Изъ статистическихъ данныхъ, опубликованныхъ проф. *Чижомъ* [26]), видно, что онъ наблюдалъ 130 паралитиковъ съ точно выясненнымъ анамнезомъ; изъ этого числа несомнѣнный сифилисомъ былъ у 96, весьма вѣроятный у 15; у 19 паралитиковъ сифилисъ безусловно отрицался.

Я считаю возможнымъ довольствоваться только что приведенными цифрами, такъ какъ онѣ съ полной очевидностью доказываютъ, что сифилису слѣдуетъ приписывать весьма видную роль въ развитіи прогрессивнаго паралича. Но многіе авторы идутъ несравненно далѣе. *Kjellberg* [27]) высказалъ убѣжденіе,

что прогрессивнымъ параличемъ могутъ заболѣть только лица, перенесшія сифилисъ, что безъ сифилиса нѣтъ и прогрессивнаго паралича. Такого же взгляда придерживаются *Чижъ* [28]), *Krafft-Ebing* [5]), *Speyr* [29]), *Campbell* [25]) и мн. др. изъ современныхъ клиницистовъ. Объясняя отсутствіе указаній на сифилисъ въ анамнезѣ извѣстнаго процента паралитиковъ, эти авторы напоминаютъ прежде всего о томъ, что и сами больные иногда не знаютъ объ инфекціи; въ другихъ случаяхъ окружающіе находятъ почему-либо необходимымъ скрывать истину. Наконецъ, у многихъ могъ быть врожденный сифилисъ, который легко ускользаетъ отъ вниманія какъ самихъ больныхъ, такъ и близкихъ имъ лицъ. Однимъ словомъ, отсутствіе объективныхъ слѣдовъ перенесеннаго сифилиса и отрицаніе его въ анамнезѣ еще не даетъ намъ права съ положительностью утверждать, что сифилиса на самомъ дѣлѣ не было.

Вполнѣ соглашаясь съ правдоподобностью такого предположенія, я однако долженъ замѣтить, что оно, какъ лишенное строго фактической опоры, до извѣстной степени является произвольнымъ. Дѣйствительно, разсуждая такимъ образомъ, мы можемъ доказать все, что намъ угодно. „Нѣтъ сифилиса, но онъ долженъ былъ быть, а поэтому онъ былъ“, это—врядъ ли правильный путь логическаго мышленія и неудобство подобнаго метода, конечно, ясно сознается самыми горячими защитниками сифилитическаго происхожденія прогрессивнаго паралича. Вотъ почему они, не имѣя возможности фактами подкрѣпить свое мнѣніе, старались сдѣлать это путемъ, такъ сказать, побочныхъ доказательствъ.

Въ Даніи существуетъ законъ, по которому каждый сифилитикъ обязательно регистрируется и, опираясь на полученныя такимъ путемъ сравнительно точныя цифры, д-ръ *Blaschko* [30]) констатировалъ, что венерическія болѣзни поражаютъ тамъ женщинъ рѣже, чѣмъ мужчинъ; въ Копенгагенѣ одна сифилитичка приходится на 3,6 сифилитиковъ, въ провинціи—на 6,5, а вообще во всей Даніи—на 4,1. Если мы припомнимъ, что

въ Даніи число страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ женщинъ относится къ числу паралитиковъ мужчинъ, какъ 1:3,49, то увидимъ, что это отношеніе довольно близко подходитъ къ отношенію сифилитиковъ женщинъ и мужчинъ. Отсюда *Krafft-Ebing* [31]) и нѣкоторые другіе авторы заключаютъ, что дѣйствительно безъ предшествовавшаго сифилиса не можетъ быть заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ. Мнѣ однако кажется, что если не относиться къ этимъ цифрамъ съ предвзятой точки зрѣнія, то онѣ говорятъ только одно, а именно, что громадное число паралитиковъ ранѣе страдало сифилисомъ, т. е. тоже, на что указываетъ и прямое наблюденіе.

Hirschl [32]), работая подъ руководствомъ *Krafft- Ebing*'а надъ вопросомъ объ этіологіи прогрессивнаго паралича, у 56% всѣхъ своихъ больныхъ встрѣтился съ несомнѣнно предшествовавшимъ сифилисомъ; въ 25% сифилисъ былъ очень вѣроятенъ; въ 19% онъ категорически исключался въ анамнезѣ. Послѣднее обстоятельство дало автору мысль познакомиться съ анамнезомъ душевно-здоровыхъ субъектовъ, зараженныхъ несомнѣннымъ сифилисомъ; съ этою цѣлью онъ обратился въ сифилитическое отдѣленіе проф. *Lang*'а въ Вѣнѣ и нашелъ, что среди находящихся тамъ паціентовъ сифилисъ признавался, какъ достовѣрный, въ 54%, какъ весьма вѣроятный—въ 9,5%, а въ 3,5%, не смотря на наличность заболѣванія, его нельзя было доказать въ анамнезѣ. Сопоставляя эти цифры, *Hirschl* приходитъ къ убѣжденію, что положительные результаты у завѣдомыхъ сифилитиковъ на 20% менѣе, чѣмъ у паралитиковъ и что отсюда ясно, какое значеніе мы должны придавать однимъ только анамнестическимъ свѣдѣніямъ. Большую важность *Krafft-Ebing* придаетъ также изученію анамнеза въ случаяхъ дѣтскаго или юношескаго паралича, гдѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ роль причиннаго момента игралъ наслѣдственный сифилисъ, хотя, впрочемъ, и самъ *Krafft-Ebing* долженъ былъ признать, что этотъ моментъ не всегда былъ доказанъ. Далѣе, защитники сифилитической тео-

ріи прогрессивнаго паралича очень часто останавливаются на рѣзкомъ различіи заболѣваемости между отдѣльными классами общества. Такъ, очень большой процентъ паралитиковъ во всѣхъ странахъ насчитывается между душевно-больными офицерами и солдатами, что обыкновенно ставятъ въ прямую зависимость отъ распространенія среди нихъ сифилиса. Въ противуположность военному сословію прогрессивный параличъ рѣдкое явленіе у католическихъ священниковъ—фактъ, который наблюдатели всецѣло объясняютъ рѣдкостью у нихъ сифилиса. На это однако можно возразить, что если статистика дѣйствительно и указываетъ весьма малый процентъ паралитиковъ среди католическихъ священниковъ, то, съ другой стороны, мы не имѣемъ статистическихъ данныхъ о заболѣваемости ихъ сифилисомъ, а разсуждая a priori трудно смотрѣть на обязательное безбрачіе католическаго духовенства, какъ на надежную гарантію противъ только что названной болѣзни. Сверхъ того нельзя забывать, что есть авторы, напр. *Brunet* [33]), которые объясняютъ рѣдкость паралича между лицами духовнаго званія только спокойствіемъ и однообразіемъ ихъ жизни, лишенной сильныхъ душевныхъ волненій и свободной отъ чрезмѣрныхъ умственныхъ занятій. *Brunet*, высказываясь противъ сифилиса, какъ виднаго этіологическаго фактора паралича, подчеркиваетъ также большое распространеніе перваго среди мусульманъ, которые однако очень рѣдко заболѣваютъ параличемъ. Этотъ фактъ весьма убѣдительно говорилъ бы противъ приверженцевъ сифилитической теоріи, если бы выводы, получаемые подобнымъ путемъ, вообще могли претендовать на сколько-нибудь научное значеніе. Многіе наблюдатели, напримѣръ, констатировали, что прогрессивный параличъ представляетъ сравнительно рѣдкое явленіе у проститутокъ *). Вѣдь, конечно, на лицъ этой профессіи нельзя смо-

---

*) На сколько мнѣ извѣстно одинъ только *Kraepelin* (Учебникъ психіатріи. 1898) отмѣчаетъ, что у проститутокъ прогрессивный параличъ на-

трѣть, какъ на неподверженныхъ заболѣванію сифилисомъ. Правда, *Krafft-Ebing* старается объяснить столь вопіющее противорѣчіе тѣмъ, что проститутки рѣдко занимаются своимъ ремесломъ позднѣе тридцатилѣтняго возраста и потому, если заболѣваютъ параличемъ, то регистрируются уже подъ какой-нибудь другой рубрикой. Но съ этимъ объясненіемъ врядъ ли можно всецѣло согласиться, принимая во вниманіе, что значительный процентъ проститутокъ старше 30 лѣтъ и что, сверхъ того, прогрессивный параличъ обнаруживаетъ бо́льшее и бо́льшее стремленіе развиваться въ молодомъ возрастѣ.

Наконецъ, *Krafft-Ebing*, какъ и многіе другіе клиницисты, никогда не встрѣчали первичныхъ явленій сифилиса въ теченіи прогрессивнаго паралича, хотя начальный періодъ послѣдняго, когда больной предается пьянству и разгулу, очень благопріятствуетъ зараженію. Я также не встрѣчался съ первичными явленіями сифилиса при прогрессивномъ параличѣ, но на возможныхъ причинахъ этого факта позволю себѣ остановиться нѣсколько ниже.

Всѣ приведенныя выше соображенія, которыми сторонники сифилитической теоріи прогрессивнаго паралича стараются подтвердить свою мысль, доказываютъ однако на самомъ дѣлѣ лишь большую или меньшую ея вѣроятность; онѣ нисколько не усиливаютъ убѣдительности прямыхъ статистическихъ данныхъ. Вотъ почему представлялось необходимымъ найти болѣе категорическія доказательства. И эти доказательства были предъявлены *Krafft-Ebing*'омъ въ его рѣчи на международномъ медицинскомъ съѣздѣ въ Москвѣ [31]). По словамъ проф. *Krafft-Ebing*'а одинъ вполнѣ компетентный психіатръ, пожелавшій остаться пока неизвѣстнымъ, передалъ въ его распоряженіе 9 исторій болѣзни съ протоколами вскрытій.

блюдается «поразительно часто». Такое рѣзкое разногласіе, вѣроятно, зависитъ отъ мѣстныхъ особенностей и, какъ нельзя лучше, доказываетъ упомянутую выше ненадежность выводовъ, основанныхъ на слишкомъ поспѣшномъ обобщеніи.

Во всѣхъ 9 случаяхъ дѣло шло о вполнѣ ясно выраженномъ прогрессивномъ параличѣ и во всѣхъ 9 случаяхъ въ анамнезѣ не было указаній на сифилисъ. Неизвѣстный авторъ, желая провѣрить сифилитическую теорію, попытался привить этимъ больнымъ сифилитическій ядъ. Для такой цѣли онъ взялъ несомнѣнно заразительное отдѣленіе специфическихъ язвъ и, сдѣлавъ отъ 1—30 надрѣзовъ ланцетомъ у каждаго изъ своихъ паралитиковъ, втеръ его, а затѣмъ подвергнулъ больныхъ продолжительному наблюденію, длившемуся отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до полугода. Во всѣхъ 9 случаяхъ прививка дала отрицательный результатъ. На этотъ опытъ *Krafft-Ebing* смотритъ, какъ на experimentum crucis и приписываетъ ему рѣшающее значеніе. Большую цѣнность ему придаетъ также *Ballet* [34]), который, являясь горячимъ сторонникомъ сифилитической теоріи паралича, въ защиту своего воззрѣнія приводитъ между прочимъ опыты, сообщеные *Krafft-Ebing*'омъ.

Я высоко ставлю авторитетъ знаменитаго Вѣнскаго профессора, однако въ данномъ случаѣ позволю себѣ съ нимъ рѣзко разойтись. Противъ описаннаго имъ эксперимента (о нравственной сторонѣ его я говорить не буду) можно сдѣлать весьма вѣскія возраженія. *Ratier*, *Cullerier*, *Lalayade*, *Sarrhos*, никогда не имѣвшіе ни пріобрѣтеннаго, ни наслѣдственнаго сифилиса, неоднократно прививали себѣ отдѣляемое различныхъ заразительныхъ проявленій сифилиса, но всегда безуспѣшно. *Ricord*, *Mauriac*, *Jullien* и др. доказали существованіе невоспріимчивости къ сифилису и помимо наслѣдственности. Русскій врачъ, *Обозненко*, доказалъ невоспріимчивость къ сифилису извѣстнаго числа совершенно здоровыхъ проститутокъ. Подобную невоспріимчивость всецѣло признаетъ проф. *Тарновскій* [35]), добавляя, что условія развитія и продолжительность ея намъ пока совершенно неизвѣстны. Итакъ, существуютъ безспорные факты, которые доказываютъ, что не всякій здоровый человѣкъ можетъ получить сифилисъ. Съ другой стороны, въ спеціальной литературѣ послѣднихъ лѣтъ все

чаще и чаще попадаются описанія повторнаго зараженія сифилисомъ. Многочисленные примѣры такого рода были приведены на VII Пироговскомъ съѣздѣ въ Казани профессорами *Тарновскимъ*, *Ге*, *Петерсеномъ* и другими клиницистами. Изъ всего сейчасъ сказаннаго, какъ неизбѣжное логическое слѣдствіе, вытекаетъ, что отрицательные результаты опытовъ неизвѣстнаго психіатра имѣютъ также мало научнаго значенія для доказательства, будто привитые субъекты ранѣе непремѣнно страдали сифилисомъ, какъ и положительные, еслибы таковые получились и еслибы кто-нибудь задумалъ воспользоваться ими для опроверженія сифилитической теоріи паралича. Наконецъ, опыты, приводимые *Krafft-Ebing*'омъ, если бы даже намъ не были извѣстны только что сообщенные факты, эти опыты не могутъ имѣть рѣшающаго значенія уже по одной только своей малочисленности. Если статистика указываетъ намъ 70 или 80% сифилитиковъ среди заболѣвшихъ прогрессивнымъ параличемъ, то нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что девять „опытныхъ" больныхъ оказались бы дѣйствительно сифилитиками.

Я съ намѣреніемъ остановился нѣсколько долѣе на роли сифилиса въ этіологіи прогрессивнаго паралича, такъ какъ этотъ вопросъ принадлежитъ къ числу наиболѣе животрепещущихъ въ современной психіатріи. Желая быть возможно объективнымъ, я подробно привелъ здѣсь какъ всѣ доводы защитниковъ сифилитической теоріи, такъ и возраженія, которыя онѣ вызываютъ. Если мы примемъ во вниманіе все, что сказано было выше, то мнѣ кажется, мы должны будемъ признать, что сифилисъ дѣйствительно играетъ выдающуюся роль въ этіологіи прогрессивнаго паралича, быть можетъ наиболѣе выдающуюся; но приписывать ему исключительное значеніе мы пока не имѣемъ права. Этотъ выводъ я попрошу Васъ запомнить: онъ мнѣ понадобится, когда у насъ пойдетъ рѣчь о томъ, что такое прогрессивный параличъ.

Старые авторы, особенно французскіе, важное значеніе въ развитіи прогрессивнаго паралича упорно приписывали также

злоупотребленію алкоголемъ. Подобное стремленіе замѣчается и у нѣкоторыхъ современныхъ клиницистовъ. Такъ, *Meilhorn* [36]) доказываетъ, что среди арабовъ до 1877 года почти не встрѣчалось прогрессивнаго паралича; съ тѣхъ поръ паралитики тамъ попадаются, хотя сравнительно рѣдко (только 5,13% всего числа душевно-больныхъ) и увеличеніе ихъ числа идетъ рука объ руку съ усиленіемъ алкоголизма. Такое мнѣніе однако находитъ теперь очень мало сторонниковъ. *Ziehen* [5]) напр. отмѣчаетъ алкоголизмъ лишь въ 17% всего числа своихъ случаевъ. *Stark* [37]) довольно наглядно доказалъ, что между пьянствомъ и прогрессивнымъ параличемъ нѣтъ прямой зависимости. Этотъ авторъ вычислилъ, что на 100 душевно-больныхъ города Страсбурга приходится 40,3 паралитика и только 25,3 пьяницы; на 100 же душевно-больныхъ изъ сельскаго населенія Эльзасской провинціи паралитиковъ приходилось только 10,3, тогда какъ пьяницъ 45,2. Впрочемъ, отдѣльные изъ позднѣйшихъ изслѣдователей приходили и къ иному результату. Опираясь на 100 точно изслѣдованныхъ случаевъ, *van Deventer* [38]) высказалъ убѣжденіе, что между этіологическими моментами паралича первое мѣсто по частотѣ принадлежитъ злоупотребленію крѣпкими напитками, а сифилису лишь второе. *Peeters* [39]) точно также принимаетъ, что алкоголизмъ—одна изъ самыхъ частыхъ причинъ прогрессивнаго паралича; такой выводъ находитъ себѣ основаніе въ данныхъ статистики, въ физіологическомъ дѣйствіи алкоголя и въ характерѣ патолого-анатомическихъ измѣненій головного мозга, объясняемыхъ прямымъ и непрямымъ вліяніемъ алкоголя.

Крайне переоцѣнивали также старые психіатры важность половыхъ злоупотребленій въ этіологіи прогрессивнаго паралича.

Neumann [40]) видѣлъ этотъ моментъ чуть ли не во всѣхъ своихъ случаяхъ и здѣсь искалъ объясненія малой заболѣваемости женщинъ, на которыхъ половые эксцессы дѣйствуютъ несравненно менѣе губительно.

Oebecke [5]) отмѣчаетъ злоупотребленіе половой жизнью въ 41% своихъ случаевъ. Современные авторы вообще высказываются по вопросу о значеніи половыхъ излишествъ съ несравненно большей осторожностью. Прежде всего трудно констатировать этотъ моментъ, такъ какъ понятіе о злоупотребленіи носитъ слишкомъ индивидуальный характеръ; съ другой стороны, трудно понять и причинную зависимость отъ нихъ прогрессивнаго паралича.

Прежде много говорили о чрезмѣрной умственной работѣ, какъ важномъ этіологическомъ факторѣ паралича. Наши взгляды рѣзко измѣнились и въ данномъ случаѣ. Мы знаемъ теперь, что излишняя умственная работа можетъ крайне утомить, изнурить человѣка, но это утомленіе безслѣдно проходитъ вслѣдъ за отдыхомъ. Иное дѣло, когда умственная работа соединяется съ сильными душевными волненіями, чѣмъ бы послѣднія не вызывались. Въ подобныхъ случаяхъ психическое здоровье разстраивается несравненно быстрѣе и серьезнѣе. Такую связь Oebecke наблюдалъ въ 42% своихъ случаевъ.

Не такъ давно появилась обширная монографія *Mairet* и *Vires'a* [41]), посвященная прогрессивному параличу помѣшанныхъ. Въ этой работѣ авторы, останавливаясь на этіологіи, видную роль приписываютъ артритическому діатезу, который создаетъ преждевременное старчество. Послѣднее подъ вліяніемъ различныхъ причинъ иногда сосредоточивается по преимуществу въ области центральной нервной системы и такимъ путемъ можетъ вызвать прогрессивный параличъ, а именно ту форму его, которую слѣдуетъ назвать дегенеративной.

Остальные этіологическіе моменты паралича, которые отмѣчаются различными авторами, обладаютъ несравненно меньшимъ значеніемъ. Изъ нихъ развѣ можно упомянуть о травмѣ головы, которую *Oebecke* [5]) находилъ въ 5%, *Ascher* въ 9%, а *Meyer* даже въ 18%. На травмѣ, какъ на моментѣ,

могущемъ вызвать параличъ, останавливается также въ своей послѣдней работѣ проф. *Meschede* [42]), описывая случай прогрессивнаго паралича, гдѣ въ анамнезѣ сифилисъ нельзя было открыть и гдѣ онъ категорически опровергался результатами вскрытія, картина же страданія развилась послѣ ушиба головы.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Bayle.* Recherches sur l'arachnite chronique. Paris. 1812.
2. *Althaus.* Medical Times and Gazette. 1876.
3. *Regis.* L'encéphale. 1885.
4. *Thomsen.* Charité-Annalen. Jahrgang XII.
5. *Krafft-Ebing.* Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. 1896.
6. *Arnaud.* Annales med. psych. 1888.
7. *Mendel.* Die progressive Paralyse der Irren. 1880.
8. *Calmeil.* De la paralysie chez les aliénés. Paris. 1820.
9. *Ждановъ.* Annales méd. psychologiques. 1894.
10. *Crété.* Quelques observations sur la paralysie générale chez la femme. Thése de Paris. 1894.
11. *Charcot et Dulil.* Sur un cas de paralysie génerale progressive à debut très précoce. Arch. de Neurologie. 1892.
12. *Ющенко.* Юношескій прогрессивный параличъ. 1895.
13. *Wiglesworth.* The Journal of mental science. Juli. 1893.
14. *Gianelli.* Un caso di paralisi progressiva in bambino. Riv. di Psych. 1898.
15. *Rad.* Ueber einen Fall von juveniler Paralyse. Arch. f. Psych. 1898.
16. *Raymond.* Un cas de paralysie générale précoce. L'in-

dép. méd. 1898. № 31.
17. *Serieux et Farnarier*. Paralysie générale et Syphilis. Bulletins de la Société méd. des Hôpitaux. 1899.
18. *Joffroy*. Dégénération et paralysie généralé. Rev. neur. 1898. № 16. Rev. de Psych. 1898. Oct.
19. *Rocques et Fursac*. Dęs stigmates physiques de Dégénérescence chez les paralitiques généraux. Thèse de Paris. 1899.
20. *Näcke*. Die sog. Degenerationszeichen bei der progr. Paral. Neurolog. Centralblatt. 1897. № 17.
21. *Esmarch* und *Jessen*. Syphilis und Geistesstörung. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. XIV.
22. *Rieger*. Schmidt's Jahrb. Bd. 110.
23. *Mendel*. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1885. №№ 33 и 34.
24. *Hougberg*. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. L. p. 546.
25. *Campbell*. The British med. Journal. 1899. A discussion on the relations etc.
26. *В. Ф. Чижъ*. О связи сифилиса и прогрессивнаго паралича. Труды V съѣзда Русскихъ Врачей. 1894.
27. *Kjellberg*. Upsala lökareforenings Forchandhinges. 1867.
28. *В. Ф. Чижъ*. Частная патологія помѣшательства. Юрьевъ. 1898.
29. *Speyr*. Paralysie und Syphilis. Correspondenz-Blat für Schweizer Aerzte. 1899.
30. *Blaschko*. Syphilis und Prostitution. Berlin. 1893.
31. *Krafft-Ebing*. Причины развитія прогрессивнаго паралича. Обозрѣніе психіатріи. 1897.
32. *Hirschl*. Die Aetiologie der progr. Paralysie. Wien. 1896.
33. *Brunet*. Anatomie pathol. et étiologie de la paralysie générale. Ann. méd-psych. 1898. Mai-juin.
34. *Ballet*. Les lésions cérebrales de la paralysie générale. Annales med-psych. 1898. Mai-Juin.
35. *Тарновскій*. Повторное зараженіе сифилисомъ. Врачъ. 1898. № 9.
36. *Meilhorn*. Contribution à l'étude de la paralysie générale, considérée chez les Arabes. Ann. méd-psych. 1891.

37. *Stark.* Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass Lothringen. Bd. XIV. 1.
38. *Van Deventer.* Psych. en neur. Bladen. 1898.
39. *Peeters.* Du rôle de l'Alcool dans l'étiologie de la paralysie générale. Gaz. méd. Belge. 1899.
40. *Neumann.* Lehrbuch der Psychiatrie. 1859.
41. *Mairet* et *Vires.* De la paralysie générale. 1898.
42. *Meschede.* Paralytische Geistestörung nach Trauma. Allg. Zeitschrift f. Psych. LV Bd. H. 5.

Лекція II.

Клиническая картина прогрессивнаго паралича; его теченіе и исходы.

Симптомы пораженія психической и соматической сферы, характеризующіе періодъ предвѣстниковъ. Періодъ полнаго развитія болѣзни; разнообразіе клиническихъ картинъ, какими онъ выражается. Маніакальная, меланхолическая, ипохондрическая и циркулярная формы паралича. Идеи бреда. Дементная форма прогрессивнаго паралича. Разстройства соматической сферы во второмъ періодѣ болѣзни.

Исходный періодъ паралича и его характеристика. Средняя продолжительность страданія; вліяніе на нее этіологическихъ факторовъ, возраста и клинической формы.

Острая форма паралича.

Мм. Гг.!

Изученіе этіологіи прогрессивнаго паралича показало намъ, что эта болѣзнь возникаетъ подъ вліяніемъ, повидимому, весьма различныхъ моментовъ. Отсюда естественно предположить, что и клиническія картины, которыми она выражается, должны быть также не менѣе разнообразны. Такой апріорный выводъ всецѣло подтверждается клиническимъ опытомъ. Многочисленные симптомы, какими проявляется заболѣваніе, извѣстное подъ именемъ прогрессивнаго паралича, могутъ встрѣчаться въ самыхъ различныхъ сочетаніяхъ. Для болѣе удобнаго изученія ихъ я позволю себѣ прежде всего набросать общую клиническую характеристику страданія, а затѣмъ перейду къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ, наиболѣе выдающихся ея особенностей.

Какъ общее правило, прогрессивный параличъ развивается крайне медленно и постепенно; болѣзненныя явленія выступаютъ мало-по-малу и такъ незамѣтно усиливаются въ своей интензивности, что трудно различать въ картинѣ болѣзни какіе-нибудь отдѣльные, совершенно обособленные періоды. Обыкновенно принято однако въ теченіи паралича различать три стадія: стадій предвѣстниковъ, стадій ясно выраженной болѣзни и исходный.

Стадій предвѣстниковъ слагается главнымъ образомъ изъ симптомовъ пораженія сферы психической и сосудодвигательной. Эти симптомы вначалѣ настолько неясны, настолько неопредѣленны, что основываясь на нихъ, можно лишь бояться наступленія какого-то тяжелаго душевнаго страданія; иногда нельзя бываетъ даже сказать, что это страданіе органическаго характера. Заболѣвающій начинаетъ обнаруживать крайнюю впечатлительность, чрезмѣрную раздражительность; сравнительно ничтожныя событія заставляютъ его волноваться: онъ плачетъ, читая газеты и книги; вмѣстѣ съ тѣмъ у него появляется наклонность къ вспышкамъ неудержимаго гнѣва и опять таки безъ достаточнаго внѣшняго повода. Одновременно больной замѣчаетъ, что даже привычныя занятія становятся ему трудными. Вниманіе его чрезвычайно легко утомляется; онъ едва припоминаетъ хорошо знакомыя вещи, да и то не всегда; запомнить что-нибудь новое ему также не легко. На ряду со всѣмъ этимъ обыкновенно появляется болѣе или менѣе упорная безсонница, головныя боли, тяжесть головы, непріятныя ощущенія въ ней. Нерѣдкое явленіе здѣсь представляетъ также мигрень, вдобавокъ крайне упорная, и не поддающаяся никакимъ терапевтическимъ мѣрамъ. Извѣстны случаи, когда мигрень была однимъ изъ самыхъ первыхъ симптомовъ грознаго заболѣванія. Все это рѣзко отражается на настроеніи больного; онъ дѣлается мрачнымъ, наклоннымъ къ ипохондріи и часто со своими жалобами обращается самъ къ врачу. Такимъ образомъ передъ нами карти-

на, напоминающая черепно-мозговую нейрастенію. За нее, случается, и принимаютъ начальные періоды паралича; больному даютъ совѣтъ отдохнуть, рекомендуютъ какое-нибудь укрѣпляющее лѣченіе, питательную діэту и черезъ нѣкоторый промежутокъ времени всѣ болѣзненныя явленія какъ бы затихаютъ. Больной успокаивается, успокаиваются и всѣ близкіе его, но не надолго: едва проходитъ нѣсколько недѣль, много мѣсяцевъ, какъ прежніе симптомы возвращаются, но уже въ большей силѣ. Подобныя колебанія могутъ повторяться нѣсколько разъ, пока всѣ явленія не пріобрѣтутъ достаточной стойкости и развитія. Въ сосудистой сферѣ рѣзко обнаруживается крайняя шаткость равновѣсія; приливы крови къ головѣ возникаютъ весьма легко и подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ условій: душевное волненіе, повышеніе температуры въ комнатѣ, лишняя рюмка вина влекутъ за собою интенсивную гиперемію лица и конъюнктивы. Головокруженія появляются очень часто, могутъ наступать даже скоропреходящіе обмороки, иногда уже теперь пульсъ принимаетъ характеръ медленный, обнаруживая наклонность къ дикротизму. Параллельно со всѣмъ этимъ усиливается и разстройство психической сферы. Однимъ изъ выдающихся симптомовъ здѣсь нужно назвать очень рано наступающее потемнѣніе сознанія времени и мѣста: больной утрачиваетъ способность легко оріентироваться въ окружающихъ условіяхъ, не находитъ хорошо знакомой улицы; чужую квартиру принимаетъ за свою и располагается въ ней, какъ хозяинъ; день считаетъ за ночь и наоборотъ; входя въ церковь, не снимаетъ шляпы; появляется въ обществѣ, среди дамъ, въ самомъ небрежномъ костюмѣ и, когда его вниманіе обращаютъ на подобныя странности поступковъ, онъ не понимаетъ, что тутъ неудобнаго, не сознаетъ ихъ неприличія. Въ такомъ отношеніи больного уже сказывается извѣстное ослабленіе критики и сужденія, но особенно же притупленіе этическихъ и эстетическихъ чувствованій. Послѣднее становится болѣе очевиднымъ, если оцѣ-

нить все поведеніе больного, всѣ высказываемые имъ взгляды. Тутъ дѣлается яснымъ, что человѣкъ рѣзко и глубоко измѣнился и притомъ въ худшую сторону. Прежде высоконравственный общественный дѣятель, усердный, преданный своему дѣлу чиновникъ, примѣрный семьянинъ, всегда дорожившій добрымъ именемъ и репутаціей, онъ начинаетъ небрежно, халатно относиться къ самымъ священнымъ до того обязанностямъ, не принимаетъ участія во всемъ, что раньше такъ его занимало, мало или совсѣмъ не интересуется судьбою близкихъ лицъ, становится все болѣе грубымъ и узкимъ эгоистомъ.

Такимъ образомъ въ теченіи продромальнаго періода мѣняется вся психическая личность человѣка; но это измѣненіе становится еще болѣе рѣзкимъ и очевиднымъ, когда періодъ предвѣстниковъ достигнетъ бо́льшаго развитія. Вялость, апатія, подавленное настроеніе исчезаютъ, взамѣнъ появляется состояніе нѣкотораго возбужденія, характеризующагося повышеннымъ самочувствіемъ. Больной начинаетъ проявлять усиленное стремленіе къ дѣятельности, и вотъ теперь то ярко выступаютъ тѣ дефекты, которые страданіе уже вызвало въ психической сферѣ. Паралитикъ, не стѣсняясь ничѣмъ, предается самымъ грубымъ, чувственнымъ удовольствіямъ; онъ забрасываетъ свои дѣла, забываетъ семью, все время проводитъ съ людьми подозрительной репутаціи, открыто предается циничному разврату и ни мало не затрудняется вездѣ и всюду подробно разсказывать о своихъ приключеніяхъ. Рядомъ съ этимъ становятся болѣе рѣзкими и разстройства сферы соматической. Головокруженія и обмороки появляются все чаще и чаще; иногда еще въ продромальномъ періодѣ страданія наблюдаются апоплектовидные припадки, всегда однако непродолжительные и не оставляющіе по себѣ никакихъ послѣдствій. Въ это время нерѣдко уже удается подмѣтить первые признаки разстройства рѣчи. Рѣчь больного, особенно когда онъ взволнованъ, дѣлается затрудненной. Такое затруд-

неніе вначалѣ носитъ психическій характеръ: больной не можетъ во время подыскать и припомнить требуемое ему слово, а потому не въ состояніи бѣгло и плавно изложить свою мысль. Нѣсколько позднѣе сюда присоединяются и чисто двигательныя разстройства рѣчевого аппарата. Нерѣдко можно встрѣтить также измѣненіе тембра голоса, который становится грубымъ, хриплымъ.

Замѣтнаго развитія иногда достигаютъ въ періодъ предвѣстниковъ и разстройства движеній конечностями: походка дѣлается неловкой, неуклюжей,—въ рукахъ появляется дрожаніе, неувѣренность. Зрачки временами становятся неровными, съуженными.

Такова характеристика перваго періода прогрессивнаго паралича,—періода, который длится мѣсяцы, иногда даже годы. Постепенно этотъ періодъ переходитъ во второй, причемъ болѣзнь можетъ принять весьма различный характеръ. Вообще разнообразіе картинъ болѣзни, благодаря многочисленности составляющихъ ее симптомовъ и ихъ различному сочетанію, столь велико, что дать сколько-нибудь удовлетворительный очеркъ всѣхъ клиническихъ видовъ прогрессивнаго паралича врядъ ли возможно.

Иногда мы видимъ картину маніакальнаго возбужденія, отличающагося однако крайне повышеннымъ самочувствіемъ, замѣчательнымъ самодовольствомъ. Больной проявляетъ стремленіе къ излишнему мотовству, нелѣпымъ покупкамъ. Онъ закупаетъ все пудами, ведрами, дюжинами. Я зналъ паралитика, который, находясь въ Парижѣ, прислалъ оттуда своей семьѣ различныхъ articles de Paris чуть ли не на 200000 рублей. Стремленіе къ пьянству, усиленное половое влеченіе въ этой картинѣ выступаютъ особенно рѣзко: больной безъ стѣсненія нападаетъ на первую встрѣчную женщину, не щадитъ даже собственныхъ дѣтей.

Частымъ осложненіемъ здѣсь является своеобразный бредъ величія. Нелѣпыя идеи, высказываемыя прогрессивнымъ

паралитикомъ, отличаются чрезмѣрной фантастичностью, нестойкостью и полнымъ отсутствіемъ систематизаціи.

Больной въ одно и тоже время сообщаетъ о себѣ вѣрныя свѣдѣнія, съ одной стороны, называетъ себя богомъ, царемъ, пророкомъ—съ другой. Онъ не замѣчаетъ въ своихъ словахъ никакого противорѣчія и не видитъ потому необходимости хоть какъ-нибудь ихъ связать. Даже самая болѣзненная личность сочетается изъ элементовъ несовмѣстимыхъ: больной и Юлій Цезарь, и Магометъ, и Бисмаркъ; онъ обладатель несмѣтныхъ сокровищъ, онъ знаетъ все, онъ написалъ цѣлые томы сочиненій, онъ владѣетъ всѣми языками; его тѣло изъ золота, онъ живетъ въ золотомъ дворцѣ и т. д., и т. д. Только отчасти идеи бреда паралитика объясняются повышеннымъ настроеніемъ, чаще же всего на нихъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на выраженіе первичнаго раздраженія мозговой коры; отсюда ихъ крайне пестрое сочетаніе и ихъ нестойкость. Каждое малѣйшее желаніе больного сейчасъ воплощается, становится дѣйствительностью. Сплошь и рядомъ больному удается даже подсказывать его бредъ и направлять его фантазію. Сравнительно рѣдко нелѣпыя идеи основываются на обманахъ чувствъ,—хотя послѣдніе безспорно встрѣчаются у паралитиковъ; въ каждомъ данномъ случаѣ однако доказать существованіе ихъ довольно трудно, благодаря ослабленному интеллекту [1]). Свои идеи бреда паралитикъ рѣдко приводитъ въ исполненіе, такъ какъ если и дѣлаетъ къ тому попытки, то легко отказывается отъ нихъ при малѣйшемъ препятствіи, что легко объясняется ослабленіемъ памяти, критики и сужденія.

Такова въ общихъ чертахъ картина маніакальнаго состоянія при прогрессивномъ параличѣ. Временами это состо-

---

[1]) *Kaes* [1]) нашелъ галлюцинаціи у мужчинъ-паралитиковъ въ 34,1%, а у женщинъ—въ 36,9% всѣхъ своихъ случаевъ.

яніе можетъ переходить въ неистовство, которое, сопровождаясь глубокимъ помраченіемъ сознанія, удерживается въ теченіе нѣсколькихъ дней, даже недѣль, послѣ чего снова смѣняется прежнимъ возбужденіемъ и подобное чередованіе у нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается много разъ. Въ иныхъ случаяхъ перемѣна періодовъ происходитъ съ крайней быстротой, такъ что больной, быстро теряя свои силы, погибаетъ въ теченіе немногихъ мѣсяцевъ. Мы имѣемъ тогда такъ называемый галлопирующій прогрессивный параличъ. Несравненно чаще однако періоды ослабленія болѣзни, ремиссіи, длятся гораздо долѣе, мѣсяцы, иногда годы; паралитикъ можетъ отказываться даже отъ своихъ идей бреда, самъ смѣется надъ ними, какъ бы не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ упадка интеллекта; выравниваются и двигательныя разстройства. Такого больного сплошь и рядомъ принимаютъ за выздоровѣвшаго. Но рано или поздно симптомы болѣзни выступаютъ снова, и дѣло, хотя медленнѣе, доходитъ до того же конца.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича послѣ періода предвѣстниковъ развивается картина не маніакальнаго, а меланхолическаго или ипохондрическаго состоянія, причемъ и идеи бреда пріобрѣтаютъ соотвѣтствующій характеръ. Наблюдаются далѣе случаи, когда состоянія повышеннаго самочувствія поочередно смѣняются угнетеніемъ или ипохондрическимъ настроеніемъ, почему съ полнымъ правомъ можно говорить о циркулярныхъ формахъ. Наконецъ, картины паралича могутъ не укладываться ни въ какія опредѣленныя рамки; мы видимъ передъ собою только постепенно усиливающееся слабоуміе, окрашенное по бо́льшей части оттѣнкомъ довольства, повышеннаго самочувствія и характеризующееся рано наступающимъ глубокимъ разстройствомъ сознанія.

На ряду съ болѣе и болѣе замѣтными измѣненіями психической сферы періодъ наивысшаго развитія болѣзни выдѣляется еще и цѣлымъ рядомъ разстройствъ сферы соматиче-

ской. Изъ нихъ особенно видное мѣсто занимаютъ разстойства движенія. Трудно уловимыя вначалѣ нарушенія рѣчи постепенно выступаютъ рѣзче и рѣзче, такъ что въ конечномъ стадіи она становится едва понятной. Но областью рѣчи не исчерпываются двигательныя разстройства; они наблюдаются также въ голосѣ больного, въ его мимикѣ, во всѣхъ его движеніяхъ. Выражаясь симптомами атаксіи, а позднѣе пареза, эти явленія постепенно ухудшаются, прерываясь время отъ времени бурными припадками эпилептиформными или апоплектиформными.

Параллельно съ разстройствами двигательной сферы возрастаютъ и сосудодвигательныя; пульсъ дѣлается болѣе и болѣе замедленнымъ, обнаруживаетъ ясную наклонность къ дикротизму, даже монокротизму. Легко появляются отеки, а въ болѣе позднихъ стадіяхъ можно наблюдать невропаралитическія гипереміи легкихъ, печени и т. д.

Одну изъ особенностей второго періода болѣзни составляютъ также явленія чисто трофическаго характера. Во время возбужденія вѣсъ тѣла рѣзко, круто падаетъ; при ремиссіи онъ можетъ возрастать съ поразительной быстротой.

Кромѣ измѣненія вѣса тѣла трофическія разстройства при параличѣ выражаются частымъ образованіемъ отэматомы, ломкостью костей, пролежнями, катарральнымъ состояніемъ мочевыхъ путей и т. д., и т. д. Но какъ бы ни сложилась клиническая картина второй фазы болѣзни, она идетъ къ одному и тому же исходному періоду, который характеризуется глубокимъ упадкомъ всей психической и физической жизни. Въ психической сферѣ мы видимъ тогда тяжелое помраченіе сознанія, ослабленіе памяти, критики и сужденія до высшей степени. Рѣчь больного едва понятна, всѣ движенія до крайности ограничены; больной неопрятенъ; какъ малаго ребенка, его нужно одѣвать, кормить; его необходимо держать въ постели въ теплой комнатѣ. Однако и тутъ еще возможны состоянія скоропреходящаго возбужденія; еще и здѣсь больной

иногда силится подняться, куда то идти, а изъ его отрывочныхъ словъ можно понять, что больной продолжаетъ заявлять, какъ онъ силенъ, богатъ, могучъ, здоровъ...

Въ такомъ періодѣ болѣзнь обыкновенно уже тянется не долго. Какое-нибудь случайное осложненіе чаще всего уноситъ паралитика въ могилу. Въ другихъ случаяхъ больной погибаетъ при явленіяхъ общаго истощенія или въ одномъ изъ бурныхъ двигательныхъ припадковъ.

Средняя продолжительность прогрессивнаго паралича— величина очень колеблющаяся. Болѣзнь можетъ тянуться отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 5—7 и болѣе лѣтъ. На длительность ея оказываютъ вліяніе весьма многіе факторы, но особенно характеръ этіологическихъ моментовъ, возрастъ и клиническая форма. По отношенію къ этіологіи нужно прежде всего сказать, что паралитики съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ душевнымъ страданіямъ обыкновенно живутъ болѣе долгое время, такъ какъ періодъ предвѣстниковъ и ремиссіи у нихъ тянутся дольше. Точно также болѣе длительнымъ теченіемъ отличаются случаи паралича, гдѣ въ этіологіи указаны травмы черепа или чрезмѣрная умственная работа. Алкогольные и половые эксцессы въ анамнезѣ обыкновенно заставляютъ предполагать короткое теченіе. Заболѣваніе въ позднемъ возрастѣ болѣе благопріятствуетъ длительному теченію, чѣмъ въ молодомъ. Многими наблюдателями установленъ также фактъ, что у женщинъ страданіе затягивается долѣе, чѣмъ у мужчинъ, хотя въ послѣднее время эта разница начинаетъ явственно сглаживаться. Большое вліяніе на продолжительность оказываетъ, наконецъ, характеръ клинической картины, и на этотъ фактъ я особенно обращаю Ваше вниманіе. Формы паралича, которыя отличаются прогрессивно развивающимся слабоуміемъ, безъ рѣзкой окраски его состояніями возбужденія или угнетенія, однимъ словомъ, такъ называемыя дементныя формы паралича, могутъ тянуться гораздо долѣе, чѣмъ всѣ остальныя. *Ecart* [2]) описалъ 11 случа-

евъ прогрессивнаго паралича, гдѣ страданіе длилось отъ 7 до 14 лѣтъ. Мнѣ точно также удавалось наблюдать дементныя формы паралича съ теченіемъ до 10 и болѣе лѣтъ. *По Kraepelin*'у [3]) однако средняя продолжительность ихъ чаще не превышаетъ 2 лѣтъ и лишь въ единичныхъ случаяхъ достигаетъ 4 и даже 6. Формы съ возбужденіемъ оканчиваются обыкновенно въ 3—4 года, но всего короче длятся формы меланхолическія и ипохондрическія; онѣ, какъ общее правило, протекаютъ въ 3 или даже 2 года.

Кромѣ основного характера клинической формы на продолжительность болѣзни оказываютъ вліяніе и нѣкоторые изъ отдѣльныхъ симптомовъ. Быстрое развитіе двигательныхъ разстройствъ чаще всего встрѣчается при короткомъ теченіи; особенно неблагопріятными оказываются здѣсь апоплекти- и эпилептиформные приступы. Такимъ же зловѣщимъ значеніемъ обладаютъ и рѣзкія колебанія температуры тѣла.

Сверхъ обычныхъ формъ прогрессивнаго паралича, длящихся цѣлыми годами, изрѣдка приходится встрѣчать случаи съ несравненно болѣе острымъ теченіемъ. Это—случаи такъ называемаго галлопирующаго паралича помѣшанныхъ. Какъ бы ни отличались они по своему бурному теченію, характеръ органическаго процесса, который лежитъ въ ихъ основѣ, въ общихъ чертахъ тотъ же, какой мы встрѣчаемъ и при болѣе хроническихъ формахъ; главнѣйшіе симптомы, изъ какихъ слагается клиническая картина, тѣ же, какіе составляютъ и картину классическаго паралича. Разница лишь въ одномъ: они возникаютъ болѣе быстро, протекаютъ болѣе бурно. Продромальный періодъ при острой формѣ тянется нѣсколько дней, самое большее нѣсколько недѣль. Больной начинаетъ жаловаться на головныя боли, на головокруженіе; развивается гиперестезія слуха и зрѣнія; появляется безсонница. Характеръ больного круто мѣняется: онъ легко раздражается при малѣйшемъ поводѣ, хотя вмѣстѣ съ этимъ подчасъ замѣчательно хладнокровно смотритъ на на-

рушеніе элементарнѣйшихъ законовъ этики. Кромѣ нравственной тупости у больного уже рано выступаетъ упадокъ интеллекта. Послѣ такого стадія предвѣстниковъ сразу развивается возбужденное состояніе, быстро доходящее до степени неистовства. Здѣсь органическая подкладка страданія проявляется уже съ очевидностью; на нее указываетъ глубокое помраченіе сознанія, безпорядочное теченіе идей, повышенная температура, судорожныя подергиванія мышцъ, скрежетаніе зубами. Сонъ безусловно отсутствуетъ. Питаніе крайне затруднено и больные худѣютъ съ поразительной быстротой. Такъ проходитъ нѣсколько дней или недѣль и возбужденіе сразу стихаетъ, но лица, знавшія больного до взрыва страданія, его теперь не узнаютъ. Онъ кажется крайне истомленнымъ; вся произвольная мускулатура повидимому находится въ состояніи пареза: въ лицѣ нѣтъ никакого выраженія, всѣ движенія вялы, неуклюжи, рѣчь нарушена, вслѣдствіе афазіи, атаксіи и пареза. Сознаніе неясно; интеллектъ глубоко упалъ. Послѣ нѣкотораго перерыва слѣдуютъ новые взрывы неистовства, серіи апоплектиформныхъ припадковъ и въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ дѣло заканчивается апатическимъ слабоуміемъ, къ картинѣ котораго вскорѣ присоединяются трофическія разстройства, пролежни, различныя пораженія внутреннихъ органовъ, и больной быстро гибнетъ при явленіяхъ маразма или послѣ одного изъ бурныхъ двигательныхъ припадковъ.

Но есть случаи остро возникающаго паралича, которые отличаются несравненно болѣеблагопріятнымъ исходомъ. Эти случаи въ послѣднее время *Marandon de Montyel* [4]) обособляетъ въ отдѣльную группу, которую предлагаетъ назвать регрессивнымъ общимъ параличомъ. Страданіе здѣсь развивается также сразу и быстро достигаетъ своего максимума, затѣмъ точно также быстро наблюдается ослабленіе всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ до полнаго ихъ уничтоженія. Иногда выздоровленіе носитъ прочный характеръ, иногда за болѣе

или менѣе продолжительнымъ періодомъ здоровья наступаютъ возвраты, нерѣдко влекущіе въ концѣ концовъ развитіе типичной картины прогрессивнаго паралича. *Marandon de Montyel* принимаетъ, что при регрессирующемъ параличѣ все дѣло сводится на конгестію, которая при благопріятныхъ условіяхъ можетъ выравниваться безслѣдно, при неблагопріятныхъ же вести къ стойкимъ органическимъ измѣненіямъ; сущность заболѣванія, по автору, слѣдуетъ искать всегда въ инфекціи.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Kaes.* Statistische Betrachtung über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allg. Paralyse. Zeitchrift f. Psych. 1897. № 53.
2. *Ecart.* Quelques observations de la paralysie génèrale à longue durée 1896.
3. *Kraepelin.* Психіатрія. 1898.
4. *Marandon de Montyel.* Contribution à l'étude de la paralysie générale régressive. Gaz. hebdom. № 47. 1897.

Лекція III.

Частная симптоматологія прогрессивнаго паралича.

Измѣненія психической сферы, характерныя для прогрессивнаго паралича; упадокъ интеллекта, какъ основное явленіе; раннее потемнѣніе сознанія, усиленная возбудимость чувства, благодушное настроеніе. Маніакальное возбужденіе паралитиковъ и его особенности. Картина неистовства при прогрессивномъ параличѣ. Идеи бреда и ихъ отличительныя черты. Меланхолическая и ипохондрическая формы прогрессивнаго паралича.

Разстройства двигательной сферы при прогрессивномъ параличѣ; ихъ общая характеристика. Измѣненія рѣчи словесной и письменной. Измѣненія голоса. Разстройство функціи внутреннихъ и наружныхъ глазныхъ мышцъ, мышцъ лица и языка. Походка при прогрессивномъ параличѣ и ея типы. Измѣненія сухожильныхъ рефлексовъ при параличѣ. Нарушенія со стороны мускулатуры тазовыхъ органовъ.

Мм. Гг.!

Познакомившись въ общихъ чертахъ съ клинической картиной прогрессивнаго паралича, мы перейдемъ сегодня къ болѣе подробному разсмотрѣнію отдѣльныхъ симптомовъ, изъ которыхъ она составляется.

Остановимся прежде всего на измѣненіяхъ психической сферы.

Наиболѣе существеннымъ, основнымъ явленіемъ здѣсь слѣдуетъ назвать ослабленіе интеллекта. Это ослабленіе распространяется на всѣ области духовной жизни, хотя не всегда равномѣрно: отдѣльныя способности могутъ, по крайней мѣрѣ временно, представляться мало пораженными. По на-

блюденіямъ *Kraepelin*'а [1]), которыя могутъ подтвердить всѣ клиницисты съ извѣстнымъ опытомъ, субъекты, обладающіе обширными и точными знаніями, обыкновенно сохраняютъ въ теченіе долгаго времени значительно бо́льшее число представленій, чѣмъ люди малообразованные. Прочно усвоенныя сочетанія представленій, конечно, удерживаются долѣе всего. Я знаю случаи, когда паралитики-инженеры уже въ періодѣ рѣзко выраженнаго страданія могли довольно свободно владѣть своими свѣдѣніями; врачи-паралитики, обнаруживавшіе ясный упадокъ интеллекта, нерѣдко еще были въ состояніи правильно написать очень сложные рецепты.

Слабоуміе при параличѣ имѣетъ въ общемъ прогрессирующее теченіе, которое однако не отличается равномѣрностью; часто въ развитіи его замѣчаются какъ-бы толчки, особенно послѣ эпилепти- и апоплектиформныхъ припадковъ; въ концѣ концовъ оно можетъ достигать крайней степени. Относительно рано у больныхъ наблюдается потемнѣніе сознанія, преимущественно же мѣста и времени, препятствующее имъ правильно оріентироваться въ окружающихъ условіяхъ. Позднѣе сюда присоединяется неспособность усвоить и запомнить получаемыя впечатлѣнія и припоминать прошлое.

Въ сферѣ чувства у прогрессивныхъ паралитиковъ мы обыкновенно встрѣчаемъ крайне легкую возбудимость; аффекты у нихъ появляются легко, но отличаются совершенно дѣтскимъ характеромъ,—настолько они поверхностны и кратковременны. Преобладающимъ настроеніемъ является добродушное или, вѣрнѣе, благодушное, которое можетъ нарушаться только тогда, когда паралитикъ видитъ рѣзкое противодѣйствіе своимъ стремленіямъ; да впрочемъ и въ подобныхъ случаяхъ аффектъ гнѣва, выражаясь чисто по дѣтски крикомъ и слезами, длится очень не долго. Своеобразную картину представляетъ паралитикъ въ періодѣ ясно выраженной болѣзни: все прошлое у него отступаетъ на задній планъ и больной живетъ только настоящимъ, да и это настоящее видитъ какъ

бы во снѣ. Такое сноподобное существованіе можетъ тянуться долгое время, иногда цѣлые годы.

На почвѣ описаннаго выше слабоумія, какъ на основномъ фонѣ, и возникаютъ всѣ картины, наблюдаемыя при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, получая отъ этого фона свою специфическую окраску.

Изъ такихъ клиническихъ картинъ прежде всего слѣдуетъ назвать маніакальное возбужденіе.

Маніакальное возбужденіе паралитика въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ быть выражено весьма различно: здѣсь мы имѣемъ всѣ переходы отъ легкаго возбужденія до тяжелаго неистовства. Отъ обыкновенной маніакальной экзальтаціи оно отличается отсутствіемъ меланхолическаго стадія предвѣстниковъ и болѣе длительнымъ теченіемъ. На самую клиническую картину рѣзкую печать накладываетъ слабоуміе. Паралитикъ, какъ и маніакъ, проявляетъ усиленную дѣятельность, задается крайне разнообразными планами; но эти планы до очевидности нелѣпы, ни на чемъ не основаны. Выполняя ихъ, паралитикъ обнаруживаетъ всегда замѣчательную слабость воли; онъ очень легко забываетъ поставленныя себѣ задачи, переходитъ къ другимъ, третьимъ, легко поддаваясь вліянію каждаго встрѣчнаго, отступая передъ самыми ничтожными препятствіями. Характерной чертой паралитика-маніака слѣдуетъ назвать также склонность къ легкомысленнному мотовству, къ нелѣпымъ, никому ненужнымъ покупкамъ, совершаемымъ вдобавокъ всегда большими массами. Я зналъ паралитика, который, заболѣвъ въ Парижѣ, выслалъ оттуда своей семьѣ нѣсколько вагоновъ различныхъ articles de Paris.

Отличительной особенностью подобныхъ больныхъ является далѣе чувство благосостоянія, довольства не только собою, но и всѣмъ окружающимъ. На дняхъ я помѣстилъ паралитика въ лечебницу для душевно-больныхъ. Встрѣтившись съ нимъ тамъ, я спросилъ, какъ ему живется. „Очень хорошо“, отвѣчалъ онъ, „здѣсь есть и комнаты и кровати,

здѣсь есть даже директоръ,—такой отвѣтъ можно слышать только отъ прогрессивнаго паралитика.

Выше было упомянуто, что разстройство сознанія при прогрессивномъ параличѣ представляетъ весьма раннее явленіе. Въ теченіе маніакальнаго періода этотъ симптомъ временами можетъ достигать крайней степени. Больной тогда совершенно забываетъ, гдѣ онъ, не можетъ отыскать своей квартиры и часто растерявши всѣ свои вещи, попадаетъ въ полицейскій участокъ, гдѣ съ трудомъ только узнаютъ, съ кѣмъ имѣютъ дѣло. Столь глубокое помраченіе сознанія, вовсе не соотвѣтствующее степени возбужденія, весьма характерно въ діагностическомъ отношеніи, хотя не слѣдуетъ забывать, что симптомъ, о которомъ идетъ рѣчь, отличается по особенностямъ своего проявленія крайнимъ разнообразіемъ. *Marandon de Montyel* [2]), изучавшій состояніе сознанія въ различныхъ періодахъ паралича, пришелъ къ заключенію, что установить какую-либо законность или по крайней мѣрѣ схему здѣсь положительно невозможно. Наконецъ, усиленное стремленіе къ вину и разврату, не сдерживаемое ничѣмъ, въ связи съ возбужденіемъ приводитъ больного къ цѣлому ряду столкновеній съ окружающими и обыкновенно дѣлаетъ его невозможнымъ въ обществѣ.

Впрочемъ далеко не всегда возбужденіе паралитика выражается столь своеобразно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно у наслѣдственно предрасположенныхъ субъектовъ, всѣ указанныя выше особенности могутъ быть выражены очень слабо, чѣмъ дается поводъ къ весьма продолжительнымъ колебаніямъ въ діагностикѣ. Въ подобныхъ случаяхъ не безполезно запомнить слова *Mendel*'я [3]), что если мы въ большомъ городѣ встрѣчаемъ маніака, имѣющаго отъ 35 до 45 лѣтъ отъ роду, и что если этотъ больной не алкоголикъ и не страдаетъ періодической формой, то всегда можно подозрѣвать, не имѣемъ ли мы передъ собою паралитика.

Характерными особенностями обладаютъ и картины неистовства при прогрессивномъ параличѣ. Неистовство здѣсь всегда сопровождается глубокимъ помраченіемъ сознанія; движенія, производимыя больнымъ, утрачиваютъ психическую основу; часто замѣчаются судорожныя сокращенія въ области мышцъ, получающихъ свою иннервацію отъ VII и V паръ (гримасы, скрежетаніе зубами). Нерѣдко можно наблюдать усиленную гиперемію лица и конъюнктивы, слюнотеченіе и повышеніе температуры. Неистовство у паралитиковъ обыкновенно возникаетъ подъ вліяніемъ какихъ-либо раздражающихъ условій, напр. злоупотребленія спиртными напитками; въ иныхъ случаяхъ однако мы не въ состояніи указать никакой внѣшней причины; продолжительность его различна, но, какъ общее правило, не превышаетъ нѣсколькихъ недѣль.

Однимъ изъ постоянныхъ осложненій маніакальной формы прогрессивнаго паралича являются идеи бреда и именно величія. Возникая на почвѣ упадка интеллектуальной жизни, эти идеи отличаются такими особенностями, которыя рѣзко выдѣляютъ ихъ отъ наблюдаемыхъ при другихъ психозахъ. Прежде всего они выдаются по своей чудовищной фантастичности, нестойкости и отсутствію наклонности къ систематизаціи. Вначалѣ паралитикъ, правда, еще бредитъ въ предѣлахъ возможнаго; но скоро фантазія увлекаетъ его слишкомъ далеко. Онъ не останавливается ни передъ какими препятствіями: пространство, время для него ничего не значатъ. Больной заявляетъ, что живетъ уже миліоны лѣтъ и будетъ жить вѣчно, что земля и всѣ планеты принадлежатъ ему, что онъ находится въ золотомъ дворцѣ, носитъ золотыя одежды, что онъ прочиталъ всѣ книги, онъ знаетъ все, дѣлаетъ всевозможныя открытія и т. д., и т. д. Скоро ему уже не хватаетъ словъ для выраженія его мыслей и онъ тогда самъ изобрѣтаетъ ихъ. Одинъ изъ моихъ больныхъ, разсказывая о своемъ громадномъ богатствѣ, объ-

явилъ, что онъ въ годъ получаетъ восемь фокъ денегъ, и на мой вопросъ объяснилъ: „одна фока, это—такая сумма, для выраженій которой у насъ нѣтъ цифръ“. Развивая идеи бреда, паралитикъ нерѣдко въ то же время можетъ дать намъ весьма правильныя свѣдѣнія о своей личности и глубокое противорѣчіе между дѣйствительностью и бредомъ ни мало не останавливаетъ его. Благодаря ослабленію критики онъ не видитъ этого противорѣчія, а если указать на него, не чувствуетъ необходимости дать хоть какія-нибудь объясненія. Также мало замѣчаетъ онъ разногласіе между различными бредовыми идеями.

Многіе авторы склонны были смотрѣть на идеи бреда при прогрессивномъ параличѣ, какъ на симптомъ возбужденія мозговой коры, обусловленнаго патологическимъ процессомъ. Однако врядъ ли возможно всецѣло раздѣлять такое мнѣніе. Въ самомъ дѣлѣ, мы можемъ встрѣтить идеи бреда и внѣ состоянія возбужденія, когда слабоуміе уже далеко подвинулось. Въ подобныхъ случаяхъ бредъ можетъ возникать или подъ вліяніемъ сновидѣній, которыя больной не отличаетъ отъ дѣйствительности, или благодаря условіямъ окружающей обстановки; слабость сужденія и критики препятствуетъ паралитику правильно относиться къ получаемымъ впечатлѣніямъ, а общій фонъ настроенія благопріятствуетъ окраскѣ ихъ въ смыслѣ повышенія личности.

Иногда въ теченіи прогрессивнаго паралича развивается состояніе не маніакальное, а напротивъ, меланхолическое. Но и эта картина представляетъ рѣзкія отличія отъ обычной меланхоліи. При параличѣ мы чаще всего встрѣчаемъ состоянія только по внѣшности напоминающія меланхолію съ оцѣпенѣніемъ, или же панфобію, страхъ всего. Идеи бреда, высказываемыя больнымъ, нерѣдко носятъ характеръ нигилистическій: больной все отрицаетъ, его нѣтъ на свѣтѣ, онъ умеръ давно, всѣ знакомые и родные умерли; его окружаютъ мертвецы, ему нечего ѣсть, нечѣмъ заплатить

за пищу. Но, какъ и идеи величія, эти идеи не отличаются стойкостью; паралитикъ часто забываетъ ихъ и, утверждая, что онъ мертвецъ, въ то же самое время можетъ ѣсть съ большимъ аппетитомъ.

Замѣчу кстати, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ идеи величія могутъ сразу замѣниться идеями уничижительными и притомъ на короткое время, послѣ чего больной возвращается къ бреду о своемъ богатствѣ, силѣ, могуществѣ.

Основныя черты идей бреда паралитика даютъ себя знать и тогда, когда у него развивается состояніе ипохондрическое. Обычный ипохондрикъ, заявляя, что онъ тяжело боленъ, неосновательно допускаетъ у себя существованіе чахотки, порока сердца и другихъ болѣзней, возможныхъ для человѣка. Не то—паралитикъ-ипохондрикъ. У него нѣтъ сердца, у него сгнили всѣ легкія; если у него запоръ, то ужъ такой, что испражненія не было десятки лѣтъ, всю жизнь. Какъ замѣтилъ еще *Dagonet* [4]), ипохондрическія формы паралича обладаютъ болѣе короткимъ теченіемъ, такъ какъ при нихъ истощеніе развивается несравненно быстрѣе. По *Kraepelin*'у (l. c.) онѣ чаще встрѣчаются у лицъ болѣе пожилого возраста; къ такому же точно выводу пришелъ и я на основаніи своего клиническаго матеріала.

Переходя къ разсмотрѣнію физическихъ симптомовъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, мы должны прежде всего остановиться на двигательныхъ разстройствахъ, такъ какъ они играютъ особенно видную роль въ клинической картинѣ страданія. Эти разстройства обыкновенно появляются вслѣдъ за психическими, но могутъ развиваться одновременно съ послѣдними, а иногда даже и ранѣе ихъ. По локализаціи ихъ подраздѣляютъ на кортикальныя, бульбарныя, спинно-мозговыя и периферическія. Всѣ они характеризуются, во первыхъ, своей обширностью, распространенностью; они никогда не ограничиваются только опредѣленной мышечной группой или даже одной конечностью; во вторыхъ, они представляются, какъ

общее правило, незаконченными, неполными: мы имѣемъ передъ собою парезы, а не параличи, дрожанія, а не рѣзкія судороги; въ третьихъ, теченіе ихъ всегда прогрессивно, хотя неравномѣрно. Такого рода разстройства наблюдаются въ рѣчи, голосѣ, мышцахъ глазъ, лица и конечностей. Первымъ по времени слѣдуетъ назвать нарушеніе рѣчи. Вначалѣ это нарушеніе носитъ исключительно корковый характеръ. Больной затрудняется подыскивать нужныя ему слова или выраженія, дѣлаетъ ошибки грамматическаго характера, часто останавливается,—всѣ эти явленія зависятъ отъ упадка памяти и нарушенія ассоціацій. Очень быстро сюда присоединяются симптомы афазіи, и именно амнестической. Паралитикъ забываетъ собственныя имена, названія предметовъ, старается говорить описательно. Благодаря тому, что двигательные слуховые образы словъ блѣднѣютъ, происходятъ частыя парафазіи, замѣна однихъ словъ другими, которая вслѣдствіе потемненнаго сознанія не замѣчается, а потому не исправляется больнымъ.

Нѣсколько позднѣе разстройства рѣчи достигаютъ еще большаго развитія: появляется своеобразное спотыканіе на слогахъ, которое зависитъ отъ пораженія корковыхъ центровъ личного и язычнаго нервовъ. Это спотыканіе выражается тѣмъ, что больной, особенно если онъ произноситъ длинныя и мало знакомыя слова, путаетъ между собою звуки, вмѣсто однихъ произноситъ другія, переставляетъ цѣлые слога. Когда такой симптомъ еще не рѣзко выраженъ, его легче всего можно наблюдать въ моменты возбужденія или послѣ утомленія продолжительнымъ разговоромъ; позднѣе онъ явственно кидается въ глаза уже при первомъ словѣ паралитика. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни къ корковымъ явленіямъ присоединяются бульбарныя, указывающія на пораженіе ядеръ личного и подъязычнаго нервовъ въ продолговатомъ мозгу. Страданіе этихъ ядеръ обнаруживается разстройствомъ координаціи и фибриллярными сокращеніями, наблюдаемыми

въ мышцахъ лица и языка. Благодаря атаксіи рѣчь нарушается до крайней степени: корковые центры могутъ работать не одновременно съ бульбарными, корковые импульсы могутъ не совпадать съ дѣятельностью подкорковыхъ центровъ, и въ результатѣ мы получимъ проглатываніе слоговъ, удвоеніе ихъ, временную остановку рѣчи или рѣчь замедленную, растянутую. Въ еще болѣе позднемъ стадіи симптомы атаксіи замѣняются паретическими, вслѣдствіе чего глубоко страдаетъ внятность рѣчи, такъ какъ мышцы рѣчевого аппарата теряютъ способность сокращаться въ достаточной степени. Въ исходномъ періодѣ паралича иногда встрѣчается совершенно непонятная рѣчь или даже полная ея потеря, что зависитъ, конечно, не только отъ однихъ двигательныхъ разстройствъ, но обусловливается также крайнимъ ослабленіемъ интеллекта.

Не менѣе разнообразными и рѣзкими, чѣмъ разстройства словесной рѣчи, являются при прогрессивномъ параличѣ нарушенія рѣчи письменной. И здѣсь вначалѣ мы видимъ главнымъ образомъ результатъ паденія интелекта. Паралитикъ не можетъ съ прежней легкостью, ясностью и правильностью излагать свои мысли на бумагѣ; его слогъ становится болѣе и болѣе дурнымъ. Позднѣе уже начинаютъ блѣднѣть зрительные образы словъ, въ письмѣ чаще и чаще попадаются грубыя ошибки; больной не дописываетъ словъ, переставляетъ буквы и цѣлые слога, выбрасываетъ ихъ и т. д. Въ то же самое время разстройство сознанія препятствуетъ подмѣчать сдѣланныя ошибки. Нерѣдко, начиная письмо къ одному лицу, паралитикъ продолжаетъ его, адресуя другому, по пути вноситъ случайно слышанныя фразы или списывая цѣлыя строки изъ рядомъ лежащей книги. Самая внѣшность рукописи паралитика крайне характерна: важный документъ, оффиціальное письмо на имя высокопоставленной особы измазаны чернилами, грязными пятнами и совершенно не соотвѣтствуютъ назначенію. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ

болѣзни легко можно замѣтить также разстройство почерка, зависящее отъ атаксіи и дрожанія въ конечности. Атаксія выражается здѣсь неправильностью въ начертаніи буквъ: онѣ неравной величины, непараллельны одна съ другой; утонченія и утолщенія линій безпорядочны; видно, что перо дѣлало крайне неплавныя, неравномѣрныя движенія, спотыкалось на бумагѣ, скользило надъ ней и т. д. Вмѣстѣ съ тѣмъ вслѣдствіе дрожанія руки всѣ линіи принимаютъ загзагообразный характеръ. Въ конечномъ періодѣ способность писать утрачивается совершенно. Больной забываетъ, какъ слѣдуетъ взять перо въ руки, а если и принимается иногда за письмо, то оставляетъ на бумагѣ только неправильныя черты и точки, въ которыхъ при всемъ желаніи нельзя найти никакого сходства съ буквами.

О разстройствахъ чтенія я уже упомянулъ выше. Я говорилъ, что въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича, когда рѣчь измѣнена еще очень мало, удобнѣе всего замѣтить ея нарушеніе, предлагая больному читать нѣкоторое время вслухъ: съ наступленіемъ усталости затрудненіе рѣчи выступаетъ довольно явственно. Само собою также понятно, что все сказанное о разстройствѣ устной рѣчи относится и къ чтенію вслухъ, слѣдуетъ только отмѣтить одну особенность, неоднократно наблюдавшуюся многими авторами, а именно: нѣкоторые паралитики въ далеко зашедшемъ стадіи болѣзни, читая книгу, иногда произносятъ вмѣсто написаннаго въ ней совершенно другое; мы имѣемъ передъ собою, слѣдовательно, какъ бы видъ паралексіи. Говоря о разстройствѣ рѣчи, слѣдуетъ упомянуть также объ измѣненіи голоса при прогрессивномъ параличѣ. *Westphal* наблюдалъ больного, у котораго однимъ изъ первыхъ симптомовъ паралича была утрата его прекраснаго тенора, и такихъ фактовъ можно привести довольно много. Вообще голосъ при параличѣ очень часто измѣняется, становится хриплымъ, грубымъ, монотоннымъ, утрачиваетъ обычную выразительность; больной пере-

стаетъ имъ владѣть съ прежней легкостью, въ разговорѣ дѣлая частые переходы отъ шопота до крика. Въ такомъ измѣненіи мы должны, конечно, видѣть результатъ атаксіи и пареза голосовыхъ мышцъ.

Однимъ изъ важныхъ и раннихъ симптомовъ прогрессивнаго паралича должно назвать нарушеніе функціи глазныхъ мышцъ. Всего чаще измѣняется иннервація зрачковъ. Еще въ самомъ началѣ болѣзни, когда даже самый діагнозъ представляется недостаточно установленнымъ, зрачки могутъ быть временами неравномѣрны. Постепенно измѣненія ихъ принимаютъ болѣе стойкій характеръ; иногда одинъ зрачекъ постоянно шире другого, иногда оба равномѣрно, но рѣзко съужены (результатъ раздраженія симпатическаго нерва) и обыкновенно не реагируютъ на свѣтовыя и болевыя раздраженія. По своей частотѣ отсутствіе реакціи на свѣтъ заслуживаетъ особенно серьезнаго вниманія, представляясь въ высокой степени цѣннымъ для дифференціальной діагностики. *Moeli* [5]) наблюдалъ это явленіе въ 47% своихъ случаевъ; въ 20% зрачки реагировали на свѣтъ вяло и только въ 28% ихъ реакція оказалась нормальной. Другой, болѣе позднѣйшій авторъ, *Thomayer* [6]), изъ 17000 случаевъ рефлекторную неподвижность зрачка указалъ въ 50%; при изслѣдованіи имъ всѣхъ душевно-нервно-и глазныхъ больныхъ, обладавшихъ рефлекторною неподвижностью зрачка, 90% оказались паралитиками. Эти факты получаютъ тѣмъ большую важность, что ослабленіе или утрата зрачковой реакціи наблюдается, какъ одинъ изъ самыхъ раннихъ симптомовъ паралича. *Noche* [7]), говоря о начальномъ періодѣ паралича, указываетъ, что съуженіе или неравенство зрачковъ при отсутствіи реакціи ихъ на свѣтъ вообще должно быть обязательно принимаемо въ разсчетъ, когда оно наблюдается у мужчинъ въ возрастѣ отъ 28—55 лѣтъ. Въ практическомъ отношеніи важно сверхъ того отмѣтить, что далеко не всегда рефлексы на свѣтъ и аккомодацію утрачиваются одновремен-

но. *Joffroy* [8]) въ цѣломъ рядѣ случаевъ встрѣтилъ параличъ аккомодаціи безъ потери свѣтового рефлекса (какъ разъ обратно тому, что мы находимъ при tabes).

Пораженія наружныхъ глазныхъ мышцъ, особенно получающихъ свою иннервацію отъ IV и VI паръ, также можно наблюдать довольно часто при прогрессивномъ параличѣ, хотя во всякомъ случаѣ по своей важности онѣ значительно уступаютъ измѣненіямъ со стороны зрачка.

Изъ разстройствъ въ области другихъ двигательныхъ черепныхъ нервовъ я долженъ назвать прежде всего нарушеніе функціи личныхъ мышцъ. Уже въ довольно раннихъ стадіяхъ прогрессивнаго паралича нерѣдко удается замѣтить, что когда больной начинаетъ говорить, въ его рѣчи принимаютъ участіе такія мышцы, которыя не играютъ обыкновенно никакой роли въ рѣчевомъ процессѣ, напр. щекъ, глазъ и т. п. Тоже самое слѣдуетъ сказать и относительно всѣхъ вообще мимическихъ движеній. Позднѣе симптомы атаксіи смѣняются симптомами пареза. Отсюда столь характерное для паралитиковъ неподвижное, маскообразное выраженіе лица. Наконецъ, въ acme болѣзни почти всегда можно наблюдать ясный парезъ въ области нижней вѣтви того или другого n. facialis.

Кромѣ личного нерва при параличѣ страдаютъ также тройничный, блуждающій, Виллизіевъ, языко-глоточный и языко-двигательный. Изъ всѣхъ нихъ только въ тройничномъ мы встрѣчаемъ явленія раздраженія, которыя выражаются постояннымъ скрежетаніемъ зубами, причемъ послѣдніе даже могутъ стираться до самаго основанія; со стороны другихъ, названныхъ выше нервовъ обыкновенно, преобладаютъ симптомы пареза, результатомъ чего является сначала мышечное дрожаніе, а затѣмъ и слабость мышцъ, влекущая за собою затрудненіе жеванія и, что особенно важно, глотанія.

Двигательныя разстройства со стороны мышцъ конечностей по своему характеру крайне разнообразны и находятся въ тѣсной зависимости отъ стадія болѣзни. Вначалѣ эти разстройства чисто корковаго происхожденія: у больного затрудняются такъ называемыя интеллектуальныя движенія, т. е. тѣ, которымъ человѣкъ выучивается сравнительно позднѣе; профессіональный танцоръ теряетъ способность производить ногами прежнія граціозныя движенія; человѣкъ, привыкшій играть на піанино, обнаруживаетъ поразительную неловкость при этомъ занятіи. Подобные факты легко объясняются угасаніемъ двигательныхъ представленій, съ одной стороны, атаксіей—съ другой. Въ позднѣйшей фазѣ паралича страдаютъ и болѣе элементарные двигательные акты. Наиболѣе важное значеніе пріобрѣтаютъ здѣсь измѣненія походки. Чаще всего паралитикъ ходитъ крайне неловко, неувѣренно; онъ широко раздвигаетъ ноги, сгибаетъ колѣни, иногда какъ бы подпрыгиваетъ. Постепенно яснѣе и яснѣе въ движеніяхъ нижними конечностями обнаруживается ослабленіе мышечной силы; походка дѣлается все болѣе вялой; больной часто пошатывается, особенно на поворотахъ, легко спотыкается, съ трудомъ приподымаетъ ногу отъ полу, часто теряетъ равновѣсіе и даже падаетъ. Въ исходномъ стадіѣ паралитикъ уже не можетъ держаться на ногахъ, иначе какъ съ посторонней помощью; при попыткѣ идти ноги его буквально заплетаются одна за другую. Таковъ самый частый типъ походки паралитика. Но кромѣ него мы наблюдаемъ иногда походки атактическую и спастическую со всѣми характерными для нихъ клиническими особенностями. Первая заставляетъ предполагать распространеніе болѣзненнаго процесса на область заднихъ столбовъ спинного мозга; вторая объясняется переходомъ этого процесса на пирамидальные пути. Въ зависимости отъ характера двигательныхъ разстройствъ въ области нижнихъ конечностей мы встрѣчаемся и съ различнымъ состояніемъ колѣнныхъ реф-

лексовъ. При табетической походкѣ они отсутствуютъ, при спастической, а иногда и при паралитической, представляются рѣзко повышенными. Частоту измѣненій колѣннаго рефлекса при прогрессивномъ параличѣ въ сравнительно недавнее время вновь подтвердилъ между прочимъ *Marandon de Montyel* [10]), занимавшійся вообще изученіемъ рефлексовъ при этомъ страданіи. *Marandon de Montyel* нашелъ, что наиболѣе частыя измѣненія наблюдаются со стороны зрачковаго рефлекса, рефлекса кремастера и колѣннаго и что почти ни одинъ случай паралича не протекаетъ безъ того, чтобы какой-либо изъ этихъ рефлексовъ не былъ нарушенъ, хотя самый характеръ нарушенія въ различныхъ стадіяхъ болѣзни можетъ мѣняться.

По отношенію къ колѣнному рефлексу въ частности, наблюдая его у однихъ и тѣхъ же больныхъ въ различныхъ періодахъ страданія, французскій клиницистъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) При прогрессивномъ параличѣ колѣнный рефлексъ чаще ненормальный, чѣмъ нормальный.

2) Чаще всего можно наблюдать повышеніе рефлекса въ умѣренной степени.

3) Рефлексъ представляется измѣненнымъ чаще въ первомъ, чѣмъ во второмъ періодѣ болѣзни; всего рѣже онъ оказывается ненормальнымъ въ третьемъ періодѣ.

4) При депрессивной формѣ колѣнный рефлексъ чаще всего повышенъ.

5) Повышеніе рефлекса по частотѣ стоитъ въ обратномъ отношеніи къ разстройствамъ рѣчи.

6) Повышеніе его не зависитъ отъ церебральныхъ вліяній.

7) Нерѣдко измѣненія колѣннаго рефлекса продолжаютъ существовать и во время ремиссіи, когда всѣ психическіе симптомы уже сгладились; въ подобныхъ случаяхъ они указываютъ, что выздоровленіе только кажущееся.

Этотъ же авторъ, изучая глоточный рефлексъ при прогрессивномъ параличѣ [11]), убѣдился, что обыкновенно онъ бываетъ здѣсь уничтоженъ, иногда ослабленъ и лишь крайне рѣдко повышенъ; такія измѣненія чаще всего встрѣчаются въ третьемъ періодѣ болѣзни, а рѣже всего—во второмъ. Повышеніе наблюдается особенно въ далеко зашедшихъ случаяхъ и именно при депрессивной формѣ, ослабленіе—при дементной.

Ослабленіе мышечнаго тонуса—явленіе обычное при спинной сухоткѣ, гдѣ оно совпадаетъ съ утратой сухожильныхъ рефлексовъ — при параличѣ наблюдается нечасто и не имѣетъ никакого соотношенія ни съ разстройствомъ координаціи, ни съ потерей рефлексовъ (Féré et Lange [12]).

Частое явленіе въ мускулатурѣ прогрессивнаго паралитика составляетъ, какъ я уже упомянулъ выше, треморъ, который существуетъ и во время покоя, но особенно рѣзко выступаетъ при движеніяхъ, а также въ моментъ душевныхъ волненій; это дрожаніе характеризуется частыми мелкими колебаніями и зависитъ отъ ослабленной дѣятельности двигательныхъ нервныхъ центровъ.

Однимъ изъ частыхъ симптомовъ второго, а особенно третьяго стадія прогрессивнаго паралича слѣдуетъ назвать, далѣе, разстройство мышцъ мочевого пузыря и прямой кишки. Прежде всего обыкновенно развивается паретическое состояніе m. detrusoris vesicae, вслѣдствіе чего пузырь иногда растягивается до крайней степени, такъ какъ благодаря анэстезіи и потемнѣнію сознанія больной не замѣчаетъ скопленія мочи. Моча выводится только тогда, когда она механически преодолѣваетъ сокращеніе сфинктора и этимъ даются условія, благопріятствующія развитію цистита. Мало-по-малу явленія пареза начинаютъ замѣчаться также въ мышцахъ запирающихъ какъ мочевой пузырь, такъ и прямую кишку, что вмѣстѣ съ помраченіемъ сознанія влечетъ за собою всѣмъ извѣстную крайнюю неопрятность паралитиковъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Kraepelin.* Учебникъ психіатріи. 1898 г.
2. *Marandon de Montyel.* De l'évolution des états conscients chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. Gazette hebdomadaire. 1899.
3. *Mendel.* Die progressive Paralyse der Irren. 1880.
4. *Dagonet.* Traité des maladies mentales. 1894.
5. *Moeli.* Arch. f. Psychiatrie. XVIII. 1.
6. *Thomayer.* Ueber paralytische Frühsymptome. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. LII.
7. *Hoche.* Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. 1896.
8. *Joffroy.* Difficultés du diagnostic de la paralysie générale au debut. Journ. de méd. 1897.
9. *Чижъ.* Частная патологія помѣшательства. Юрьевъ. 1898.
10. *Marandon de Montyel.* Du réflexe patellaire etc. Arch. de Neurol. 1898 № 36. Bullet. de la Société de méd. ment. de Belge.
11. *Marandon de Montyel.* Contribution à l'étude du réflexe pharyngien. Arch. de phys. 1897.
12. *Féré et Lange.* Nôte sur l'hypotonie musculaire chez les paralitiques généraux. Revue neurol. 1899. № 6.

Лекція IV.

Частная симптоматологія прогрессивнаго паралича.

(Окончаніе)

Апоплектовидные и эпилептовидные припадки при прогрессивномъ параличѣ; ихъ характеристика и причины. Сосудодвигательныя разстройства. Разстройства трофическія; ломкость костей. Нарушенія чувствительной сферы; ихъ разнообразіе; ослабленіе и утрата болевой чувствительности. Разстройства въ сферѣ органовъ высшихъ чувствъ; аносмія, измѣненіе поля зрѣнія, амавpозы. Аномаліи, наблюдаемыя со стороны отдѣленій. Температура при прогрессивномъ параличѣ; ея характерныя особенности. Разстройства полового влеченія. Сонъ.

Мм. Гг.!

Въ прошлой лекціи я говорилъ о такихъ двигательныхъ разстройствахъ, которыя отличались хотя неравномѣрнымъ, но прогрессивнымъ и медленнымъ развитіемъ. Рѣзкій контрастъ съ ними представляютъ бурныя картины апоплектовидныхъ и эпилептовидныхъ приступовъ.

Апоплектовидные приступы при прогрессивномъ параличѣ могутъ встрѣчаться или въ очень легкой формѣ, выражаясь лишь кратковременной потерей сознанія, или же бываютъ совершенно сходны съ обычнымъ апоплектическимъ инсультомъ; въ послѣднемъ случаѣ они отличаются однако тѣмъ, что не оставляютъ послѣ себя двигательныхъ параличей, благодаря чему всѣ послѣдствія ихъ совершенно сглаживаются въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, самое большое нѣсколькихъ

дней. Измѣреніе температуры тѣла паралитиковъ послѣ приступа показываетъ, далѣе, чаще всего повышеніе ея, тогда какъ при апоплексіи первое время послѣ инсульта, наоборотъ, температура вслѣдствіе шока обыкновенно оказывается пониженной. Одно время эти приступы при параличѣ думали объяснить кровоизліяніями въ вещество мозга или въ его оболочки, но противъ такой гипотезы ясно свидѣтельствуетъ быстрое и безслѣдное исчезновеніе параличей и парезовъ. По всей вѣроятности здѣсь дѣло сводится на временный параличъ сосудистыхъ стѣнокъ въ той или иной области головного мозга, благодаря чему получается отекъ и вызванное имъ сдавленіе нѣкоторой части сосудовъ, питающихъ двигательные пути и центры. Въ результатѣ мы будемъ имѣть анемію мозгового вещества, что клинически выразится потерей сознанія и параличами, сейчасъ же однако исчезающими, какъ только возстановится кровообращеніе.

Апоплектовидные приступы въ слабомъ видѣ могутъ встрѣчаться очень рано, даже въ періодѣ предвѣстниковъ. Приступы эпилептиформные составляютъ особенность болѣе позднихъ стадіевъ паралича. Клинически эти приступы обыкновенно выражаются усиленнымъ двигательнымъ и психическимъ возбужденіемъ, повышеніемъ температуры и мѣстными ограниченными судорогами, причемъ сознаніе можетъ оставаться пощаженнымъ; но иногда судороги распространяются на болѣе обширную область, могутъ охватывать даже все тѣло больного и тогда сознаніе обыкновенно утрачивается всецѣло. Выдающимся свойствомъ эпилептиформныхъ припадковъ слѣдуетъ назвать наклонность ихъ къ повторенію: чаще всего они наступаютъ цѣлыми серіями и извѣстны случаи, когда въ теченіе короткаго времени, напр. сутокъ, ихъ удавалось насчитать до нѣсколькихъ десятковъ и даже болѣе. При подобныхъ условіяхъ, конечно, легко можетъ наступить преждевременный летальный исходъ. Температура во время эпилептиформныхъ приступовъ иногда остается нормальной, или только незначительно превышаетъ норму, но когда

картина принимаетъ бурный характеръ, повышеніе температуры, какъ общее правило, достигаетъ до 39° и выше. Характерно, что не смотря на это повышеніе и на бурныя двигательныя явленія, пульсъ часто является не ускореннымъ, а даже замедленнымъ. Эпилептиформные припадки у паралитиковъ могутъ вызываться какъ периферическими, такъ и центральными раздраженіями. Роль первыхъ чаще всего играетъ растяженіе мочевого пузыря, переполненнаго мочею, или скопленіе каловыхъ массъ. Что касается центральныхъ раздраженій, то, по *Бехтереву* [1]), большое значеніе имѣютъ здѣсь кисты на поверхности большихъ полушарій, возникшія вслѣдствіе сращенія оболочекъ мозга съ его веществомъ.

Муратовъ [2]) въ своемъ докладѣ на Международномъ Московскомъ Съѣздѣ пришелъ къ заключенію, что апоплектовидные и эпилептовидные припадки при прогрессивномъ параличѣ обусловливаются или прямымъ распространеніемъ патологическаго процесса на двигательную область коры или же отдаленнымъ вліяніемъ наиболѣе пораженныхъ участковъ послѣдней; во всякомъ случаѣ въ основѣ этихъ припадковъ лежитъ разстройство питанія двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ. Еще ранѣе *Муратова Kemmler* [3]), наблюдая эпилептиформные припадки, обратилъ вниманіе на то, что судорожныя сокращенія по времени обыкновенно ясно совпадаютъ съ пульсовой волной. Подобная зависимость особенно очевидна при явленіяхъ неправильной сердечной дѣятельности: дикротизмъ, аритмія рельефно отражались на мышечныхъ подергиваніяхъ. Отсюда авторъ заключаетъ, что въ развитіи эпилептиформныхъ приступовъ извѣстную роль играетъ раздражающее вліяніе пульсовой волны. Подобное предположеніе всего естественнѣе, конечно, допустить при томъ условіи, если клѣточные элементы коры отличаются усиленной возбудимостью.

Однимъ изъ первыхъ по времени физическихъ симптомовъ прогрессивнаго паралича являются разстройства сосудодвигательной сферы. Еще въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ болѣзни

обыкновенно удается подмѣтить большую или меньшую неустойчивость сосудистой системы: вино, высокая температура комнаты, душевныя волненія вызываютъ чрезмѣрно усиленный притокъ крови къ головѣ; подъ вліяніемъ даже незначительныхъ механическихъ раздраженій легко появляется краснота на кожѣ, не изглаживающаяся въ теченіе долгаго времени. По мѣрѣ того какъ страданіе подвигается впередъ, наклонность сосудистыхъ стѣнокъ къ парезу выступаетъ все ярче и ярче; обмороки, головокруженія дѣлаются частыми явленіями; пульсъ становится полнымъ, легко сжимаемымъ, обнаруживаетъ ясную наклонность къ замедленію и къ дикротизму. Иногда приходится наблюдать рѣзкое покраснѣніе наружныхъ покрововъ лица и шеи съ мѣстнымъ повышеніемъ температуры и усиленнымъ выдѣленіемъ пота. Въ исходномъ стадіѣ видное мѣсто въ клинической картинѣ занимаютъ нейропаралитическія гипереміи внутреннихъ органовъ—почекъ, легкихъ, мочевого пузыря. Извѣстны случаи, когда съ мочой выводились обильныя количества крови. Я зналъ больныхъ, которые быстро погибали вслѣдствіе подобныхъ кровоизліяній.

Въ каждомъ случаѣ прогрессивнаго паралича можно наблюдать также весьма разнообразныя трофическія разстройства. Прежде всего нарушеніе трофическихъ функцій головного мозга проявляется измѣненіемъ вѣса тѣла. Въ періодѣ предвѣстниковъ вѣсъ тѣла всегда сильно падаетъ; въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни это паденіе болѣе или менѣе быстро прогрессируетъ. Во время ремиссіи оно не только пріостанавливается, но обыкновенно замѣчается даже увеличеніе вѣса, иной разъ поразительно рѣзкое не смотря на самыя неблагопріятныя внѣшнія условія. Въ исходномъ стадіѣ больной опять быстро падаетъ въ вѣсѣ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣется никакихъ случайныхъ осложненій со стороны внутреннихъ органовъ. Но трофическія разстройства при прогрессивномъ параличѣ кромѣ колебаній въ общемъ питаніи обнаруживаются также рядомъ не менѣе рѣзкихъ мѣстныхъ

симптомовъ. Такъ, нерѣдко замѣчается нарушеніе питанія кожи, истонченіе ея, усиленное отложеніе въ ней пигмента или потеря послѣдняго; въ нѣкоторыхъ случаяхъ волосы сѣдѣютъ на извѣстномъ ограниченномъ участкѣ; ногти иногда представляются утолщенными, неправильной формы, растрескавшимися. Нерѣдко дистрофія не ограничивается кожей, а простирается и на подкожную клѣтчатку, вслѣдствіе чего образуются пролежни или изъязвленія, которыя могутъ въ очень короткое время достигать значительныхъ размѣровъ. Со стороны мышцъ мы также иногда констатируемъ у паралитиковъ болѣе или менѣе рѣзкія атрофіи, возникновеніе которыхъ многими авторами ставилось въ зависимость отъ пораженія переднихъ роговъ спинного мозга; эти атрофіи, по крайней мѣрѣ отчасти, могутъ быть сверхъ того вызваны и заболѣваніемъ периферическихъ нервовъ. Но особенно важное практическое значеніе получаютъ измѣненія костей, которыя часто становятся порозными и болѣе мягкими вслѣдствіе того, что теряютъ значительное количество неорганическихъ составныхъ частей, преимущественно фосфатовъ, и дѣлаются чрезвычайно податливыми всякому даже ничтожному травматическому моменту. Я видѣлъ паралитика, который сломалъ себѣ бедренную кость, надѣвая сапогъ. Д-ръ *Димитревскій* [4]), въ недавнее время занимавшійся вопросомъ объ измѣненіи костей у душевно-больныхъ вообще, пришелъ къ заключенію, что въ костной ткани у нихъ нерѣдко наблюдаются глубокіе деструктивные процессы, совершенно несвойственные здоровымъ. Особенно часты они у прогрессивныхъ паралитиковъ. По своему микроскопическому характеру это—процессы атрофическіе, ведущіе къ полному уничтоженію костной ткани, причемъ въ однихъ случаяхъ на ряду со всасываніемъ известковыхъ солей исчезала одновременно и органическая строма, въ другихъ же можно было констатировать, что сначала всасывались только известковыя соединенія, а строма существовала еще довольно продолжительное время, пока также не подвергалась всасыва-

нію. *Димитревскому* удалось подмѣтить сверхъ того, что при прогрессивномъ параличѣ параллельно съ измѣненіемъ костной ткани обыкновенно имѣются на лицо трофическія разстройства и другого рода: пролежни, отэматома, hypopion и т. д. Отсюда слѣдуетъ, что еще при жизни у нѣкоторыхъ больныхъ можно съ извѣстной вѣроятностью предполагать наличность пораженія костей, а потому обращаться съ ними слѣдуетъ съ усиленной осторожностью.

Кромѣ костной ткани рѣзко измѣняется при параличѣ также хрящевая: здѣсь мы встрѣчаемъ то явленія атрофіи, то гиперплязіи. Въ первомъ случаѣ сосуды представляются перерожденными, во второмъ имѣется дѣло съ ихъ новообразованіемъ, но при обоихъ условіяхъ результатъ одинъ и тотъ же: сосуды легко разрываются и происходятъ кровотеченія или въ вещество самого хряща, или въ надхрящницу. Съ теченіемъ времени кровь всасывается и остаются только болѣе или менѣе рѣзкія обезображенія хряща. Иногда, повидимому, на ряду съ такими кровоизліяніями возникаетъ воспаленіе хряща и надхрящницы. Это мы имѣемъ, напримѣръ, при отэматомѣ, столь часто наблюдаемой у прогрессивныхъ паралитиковъ.

По сравненію съ двигательными разстройствами разстройства чувствительности играютъ очень скромную роль въ клинической картинѣ прогрессивнаго паралича. Въ періодѣ предвѣстниковъ эти разстройства выражаются по преимуществу явленіями раздраженія, локализирующимися главнымъ образомъ въ полости черепа: больной жалуется на головныя боли, тяжесть въ головѣ, чувство сжатія и тому подобныя непріятныя ощущенія. Въ позднѣйшихъ стадіяхъ преобладаютъ симптомы ослабленія функціи. Одинъ изъ современныхъ авторовъ, которые занимались этимъ вопросомъ, *Marandon de Montyel*[5,6]), нашелъ, что очень нерѣдко кожная чувствительность при прогрессивномъ параличѣ представляется измѣненной; иногда повышенной, но чаще пониженной она является въ состояніяхъ возбужденія; во время ремиссіи, а также въ депрессивныхъ

состояніяхъ, она остается нормальной. Но особенно часто при параличѣ по наблюденіямъ автора страдаетъ чувство боли; измѣненіе его онъ констатировалъ въ 65,6% всѣхъ своихъ случаевъ. Чаще онъ встрѣчался съ ослабленіемъ этого чувства, рѣже съ усиленіемъ, еще рѣже съ запозданіемъ. Въ многихъ случаяхъ измѣненія, замѣченныя въ начальномъ періодѣ болѣзни, во второмъ какъ бы исчезали, но въ третьемъ проявлялись снова и притомъ въ усиленной степени. Запозданіе чувства боли встрѣчалось только въ первомъ періодѣ; въ третьемъ иногда можно было говорить объ его повышеніи, но чаще всего о рѣзкомъ притупленіи. Здѣсь, впрочемъ, нужно добавить, что произвести точныя изслѣдованія кожной чувствительности при прогрессивномъ параличѣ—задача крайне трудная и судить о полученныхъ результатахъ, особенно если дѣло идетъ о далеко подвинувшемся страданіи, должно только съ большой осторожностью. Исключеніе представляютъ лишь тѣ больные, находящіеся по большей части въ третьемъ періодѣ, у которыхъ существуетъ полная аналгезія: эти больные, не получая ощущенія боли, могутъ незамѣтно для себя подвергаться самымъ рѣзкимъ болевымъ раздраженіямъ; извѣстны случаи, когда они, по недосмотру прислуги, садились въ ванны, наполненныя кипяткомъ, и обваривались здѣсь, не испытывая ни малѣйшей боли. Я помню паралитика, который сѣлъ на раскаленную плиту и оставался на ней до тѣхъ поръ, пока запахъ горѣлаго мяса не привлекъ вниманія окружающихъ. *Kraepelin* разсказываетъ объ одномъ паралитикѣ, который ночью разгрызъ свою руку, показавшуюся ему чужою.

Разстройства органовъ высшихъ чувствъ у прогрессивныхъ паралитиковъ изучены сравнительно мало, хотя, повидимому, и составляютъ далеко нерѣдкое явленіе. Въ извѣстной категоріи случаевъ они могутъ быть легко объяснены пораженіемъ соотвѣтствующихъ центровъ коры, въ другихъ же сводятся на измѣненія со стороны периферическихъ нервовъ. По своему характеру это—чаще всего симптомы пониженія функціи. Такъ, *Voisin* [7]) еще въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ

болѣзни встрѣчалъ потерю обонянія и считаетъ аносмію при параличѣ столь частой, что рекомендуетъ обращать на нее вниманіе во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ. *Westphal*, *Magnan* и нѣкоторые другіе констатировали то же явленіе. Упадокъ зрѣнія вслѣдствіе сѣрой атрофіи зрительныхъ нервовъ весьма нерѣдко можно встрѣтить при параличѣ, осложненномъ спинной сухоткой или возникшемъ на почвѣ послѣдней. *Mendel* (op. cit.) пришелъ къ заключенію, что однимъ изъ первыхъ клиническихъ признаковъ этой атрофіи является съуженіе поля зрѣнія. Изслѣдованія, произведенныя въ моей клиникѣ въ Варшавѣ, также показали, что у паралитиковъ весьма часто встрѣчается концентрическое съуженіе зрительнаго поля и что оно почти всегда находило себѣ естественное объясненіе въ атрофіи нервныхъ элементовъ на периферіи сѣтчатки. Въ настоящемъ году д-ръ *Рѣзниковъ*[8]) опубликовалъ очень обстоятельную работу, посвященную этому же вопросу. Выводы свои авторъ формулируетъ слѣдующимъ образомъ: 1) съуженіе поля зрѣнія при прогрессивномъ параличѣ есть явленіе болѣе или менѣе постоянное; 2) оно распространяется на всѣ качества свѣтоощущенія, причемъ съуженіе поля бѣлаго цвѣта идетъ параллельно, а быть можетъ и нѣсколько быстрѣе, чѣмъ зеленаго и краснаго; 3) съуженіе имѣетъ характеръ дефектовъ, сегментоподобныхъ выпаденій, а такъ какъ дефекты образуются на разныхъ мѣстахъ и среди разныхъ полей, то поле зрѣнія получаетъ видъ неправильный, зубчатый, изломанный; 4) острота зрѣнія можетъ страдать въ самой различной степени; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она представляется вполнѣ нормальной; 5) измѣненія глазнаго дна только до извѣстной степени идутъ параллельно съ указанными выше отклоненіями въ формѣ полей зрѣнія. Наблюдаются случаи, когда глазное дно еще повидимому нормально, а между тѣмъ поле зрѣнія уже рѣзко измѣнено. Наконецъ, разнообразные разстройства зрѣнія, геміанопсію, душевную слѣпоту, корковую слѣпоту

многіе авторы неоднократно описывали, какъ результатъ, или, вѣрнѣе, послѣдствіе паралитическихъ приступовъ. Изъ разстройствъ отдѣленій при прогресивномъ параличѣ я остановлюсь прежде всего на отдѣленіи слюны. Какъ извѣстно, физіологами давно доказаны въ корѣ особые центры, завѣдующіе отдѣленіемъ слюны. При столь разлитомъ процессѣ, какой лежитъ въ основѣ прогрессивнаго паралича, эти центры легко могутъ быть вовлечены въ страданіе, что, конечно, и должно выразиться измѣненіемъ ихъ функцій. Количество слюны при состояніяхъ возбужденія у паралитиковъ дѣйствительно иногда бываетъ увеличено до громадныхъ размѣровъ. Выдѣляемая слюна представляется жидкой, водянистой, словомъ такой, какую наблюдаютъ при раздраженіи личного и тройничнаго нерва. Иногда подобное же увеличеніе можно встрѣтить у далеко подвинувшихся паралитиковъ, находящихся въ періодѣ ремиссіи. Я теперь наблюдаю больного, вполнѣ спокойнаго, у котораго ротъ постоянно наполненъ слюною, такъ что онъ по этой причинѣ отказывается говоритъ. *Krafft-Ebing* при меланхолическихъ и ипохондрическихъ формахъ замѣчалъ иногда уменьшенное отдѣленіе слюны. Подобные же случаи приходилось встрѣчать и мнѣ; по крайней мѣрѣ въ пользу такого предположенія говорила крайняя сухость языка и всей слизистой оболочки полости рта.

Количество отдѣляемой мочи и ея составъ точно также можетъ рѣзко измѣняться въ теченіи прогресивнаго паралича. Въ acme болѣзни, при состояніяхъ угнетенія, оно обыкновенно уменьшается, при возбужденіи же увеличивается, причемъ возрастаетъ также процентъ мочевины и хлористыхъ соединеній. Въ исходномъ стадіѣ суточное количество мочи уменьшается иногда въ поразительной степени; падаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ абсолютное количество мочевины и хлоридовъ, зато увеличивается количество мочекислыхъ солей. Послѣ эпилептиформныхъ и апоплектиформныхъ приступовъ нерѣдкое явленіе въ мочѣ—бѣлокъ, цилиндры и красные кровяные шарики.

У паралитиковъ женщинъ menstrua вначалѣ обыкновенно не пропадаютъ, если только страданіе не захватываетъ больную въ болѣе позднемъ возрастѣ; въ послѣднемъ случаѣ наступленіе климактерическаго періода, повидимому, ускоряется. Въ конечномъ стадіѣ мы всегда имѣемъ полную аменоррею.

Измѣненія, замѣчаемыя въ дѣятельности различныхъ центровъ головного мозга при прогрессивномъ параличѣ, распространяются также и на функцію центровъ тепловыхъ. Какъ основной фактъ, здѣсь прежде всего должно отмѣтить, что эти центры, повидимому, не находятся въ достаточномъ равновѣсіи. По крайней мѣрѣ незначительные моменты, вродѣ переполненія мочевого пузыря, могутъ вызывать довольно рѣзкія повышенія температуры, до 39° и даже выше. Въ этой неустойчивости находятъ себѣ также объясненія большія противъ нормальнаго колебанія суточной температуры и часто наблюдаемая при параличѣ неправильность, атипичность температурной кривой. Далѣе, въ теченіе болѣзни могутъ встрѣчаться довольно крутыя повышенія и пониженія температуры, не зависящія отъ какихъ-либо соматическихъ причинъ. Такъ, состоянія возбужденія, а особенно неистовства, иногда сопровождаются высокой температурой, наоборотъ, послѣ возбужденія нерѣдко развивается температура коллапса. Рѣзко нарушаютъ также кривую температуры эпилепти-и апоплектиформные припадки. *Reinhard*[9]) замѣчалъ повышеніе температуры уже за нѣсколько часовъ до приступовъ; самый приступъ обыкновенно сопровождается повышенной температурой, причемъ послѣдняя тѣмъ выше, чѣмъ приступъ сильнѣе. Заслуживаютъ вниманія сверхъ того мѣстныя повышенія температуры у паралитиковъ. По *Reinhard*'у температура головы во время приливовъ къ ней можетъ на $1^1/_2{}^0$ превышать температуру подъ мышкой, между тѣмъ какъ обычно первая на $0{,}1^0$ ниже второй. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изслѣдованіе показало разницу между температурой на обѣихъ сторонахъ тѣла. Въ исходномъ стадіѣ температура обыкновен-

но понижена и такое пониженіе передъ смертью еще за нѣсколько дней можетъ достигать 24° и даже 22° in recto. Что касается различныхъ клиническихъ формъ, то при параличѣ съ возбужденіемъ температура въ общемъ нѣсколько выше, чѣмъ при параличѣ съ угнетеніемъ и при формахъ чисто слабоумныхъ.

Одно изъ видныхъ мѣстъ въ клинической картинѣ прогрессивнаго паралича принадлежитъ разстройству полового влеченія. Въ самыхъ начальныхъ періодахъ болѣзни это влеченіе чаще всего представляется повышеннымъ, но проявляется еще въ сравнительно сдержанной формѣ. Позднѣе, когда возбужденіе увеличивается, усиливаются и половыя стремленія и тогда, не сдерживаемыя нравственнымъ чувствомъ, съ одной стороны, благодаря помраченному сознанію, съ другой, они выражаются съ откровенно грубымъ цинизмомъ: больной не стѣсняется условіями мѣста и времени, дѣлаетъ нескромныя предложенія первой встрѣчной, набрасывается на собственныхъ дѣтей. Половая способность при параличѣ можетъ вообще сохраняться довольно долго: извѣстны факты, когда больные, въ періодѣ ремиссіи возвращаясь домой, производили потомство. При формахъ меланхолическихъ и ипохондрическихъ половое влеченіе, какъ общее правило, ослаблено; ослабленнымъ, или даже совсѣмъ уничтоженнымъ оно является также въ конечномъ стадіѣ всѣхъ формъ.

Сонъ при прогрессивномъ параличѣ также представляетъ болѣе или менѣе существенныя уклоненія отъ нормы. Въ продромальномъ періодѣ у больныхъ нерѣдко наблюдается безсонница и притомъ крайне упорная, не поддающаяся никакимъ снотворнымъ. Безсонницей сопровождаются также состоянія возбужденія и неистовства. Въ періоды успокоенія и ремиссій мы можемъ наблюдать какъ разъ обратное: больного, который крѣпко спалъ цѣлую ночь, дремота охватываетъ почти весь день. Онъ можетъ засыпать, даже сидя въ веселомъ обществѣ, среди шумныхъ развлеченій. Но если подобной

непобѣдимой сонливости и не развивается, то во время ремиссіи паралитикъ обыкновенно отличается хорошимъ, даже слишкомъ крѣпкимъ сномъ, напоминающимъ дѣтскій.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *В. М. Бехтеревъ.* Протоколы Общества Психіатровъ въ Петербургѣ. 1881.
2. *Муратовъ.* Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Comptes-rendus du XII Congrès international de Médecine à Moscou. V. IV.
3. *Kemmler.* Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. 1865.
4. *Димитревскій.* Къ вопросу о патолого-анатомическомъ измѣненіи костей у душевно-больныхъ. Вѣстникъ Психіатріи. 1895—96 гг.
5. *Marandon de Montyel.* Du sens tactile étudié chez les mêmes malades etc. Arch. de Neurol. 1898.
6. *Онъ же.* Du sens algesique etc. Bulletin de la société de méd. ment. de Belgique. 1898.
7. *Voisin.* Traité de la paralysie générale des aliénés. 1879.
8. *Рѣзниковъ.* Объ измѣненіяхъ поля зрѣнія у больныхъ, страдающихъ паралитическимъ слабоуміемъ. Обозрѣніе психіатріи. 1900.
9. *Reinhard.* Arch. f. Psychiatrie X. 2.

Лекція V.

Дифференціальная діагностика прогрессивнаго паралича.

Затрудненія при діагностикѣ прогрессивнаго паралича. Отличіе его отъ другихъ органическихъ пораженій головного мозга. Распознаваніе паралича отъ мозгового сифилиса, внутренняго геморрагическаго пахименингита, разлитого и разсѣяннаго склероза, старческаго слабоумія и опухолей головного мозга. Близкое сходство, представляемое клиническими картинами нейрастеніи и прогрессивнаго паралича; особенности послѣдняго, служащія опорнымъ пунктомъ для правильнаго распознаванія. Отравленія, напоминающія картину паралича: алкоголизмъ, бромизмъ, свинцовая энцефалопатія, уремія.

Мм. Гг.!

Изъ предшествовавшаго описанія клинической картины прогрессивнаго паралича можно, казалось бы, вывести заключеніе, что распознать ясно выраженное страданіе довольно легко и что ошибка въ діагностикѣ можетъ касаться развѣ лишь періода предвѣстниковъ. Однако такой выводъ на самомъ дѣлѣ далеко не соотвѣтствуетъ истинѣ. Благодаря отсутствію патогномоничныхъ симптомовъ, съ одной стороны, безконечному разнообразію въ сочетаніи и степени выраженности болѣзненныхъ явленій—съ другой, діагнозъ паралича нерѣдко встрѣчается съ весьма значительными затрудненіями.

Прежде всего при распознаваніи мы останавливаемся на теченіи болѣзни. Для прогрессивнаго паралича характеренъ продолжительный продромальный періодъ, во время котораго мало-по-малу ясно выступаетъ упадокъ интеллекта. Особенно важную роль здѣсь играютъ измѣненіе характера, ослабленіе

нравственнаго и эстетическаго чувства, рано наступающее потемнѣніе сознанія, и именно сознанія мѣста и времени, а также недостаточная оцѣнка самимъ больнымъ происходящихъ въ немъ перемѣнъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи вѣрность діагноза подтверждается появленіемъ указанныхъ выше разстройствъ двигательной и сосудодвигательной сферы, прогрессивно увеличивающимся слабоуміемъ, характерными идеями бреда и глубокимъ нарушеніемъ сознанія. Большое діагностическое значеніе пріобрѣтаютъ, наконецъ, данныя анамнеза, которыя выясняютъ моменты, вызвавшіе заболѣваніе и возрастъ, въ какомъ послѣднее возникло. Здѣсь важно развитіе болѣзни въ зрѣлые годы, предшествовавшій сифилисъ, abusus in Baccho et in Venere, усиленная умственная работа, соединенная съ душевными волненіями.

При постановкѣ дифференціальной діагностики необходимо помнить, что прогрессивный параличъ можно смѣшать, во первыхъ, съ органическими разлитыми и фокусными пораженіями головного мозга, во вторыхъ, съ черепно-мозговой нейрастеніей и, въ третьихъ, съ отравленіями.

Остановимся сначала на первой группѣ. Тутъ для правильной оцѣнки каждаго даннаго случая слѣдуетъ прежде всего не забывать основного правила, даннаго еще *Schüle*: при прогрессивномъ параличѣ психическіе и физическіе симптомы находятся въ такой тѣсной связи между собою, развиваются въ столь параллельной послѣдовательности, что не можетъ быть никакого сомнѣнія въ зависимости ихъ отъ одного и того же процесса; при всѣхъ остальныхъ органическихъ пораженіяхъ головного мозга мы видимъ лишь случайное совпаденіе симптомовъ обѣихъ категорій; при нихъ пораженіе психической сферы есть нѣчто отдѣльное, состоящее изъ явленій давленія на мозгъ или раздраженія его. Руководствуясь этимъ общимъ правиломъ, мы и перейдемъ къ распознаванію паралича отъ другихъ органическихъ пораженій мозга.

Прежде всего я остановлю Ваше вниманіе на отличіи прогрессивнаго паралича отъ мозгового сифилиса. Говоря

такъ я, конечно, имѣю въ виду не специфическія пораженія сосудовъ или ограниченныя фокусныя заболѣванія вещества мозга, но разлитой сифилитическій менинго-энцефалитъ, захватившій выпуклую поверхность полушарій. При этой формѣ мы очень часто можемъ встрѣтить неравномѣрное развитіе процесса, вслѣдствіе чего на ряду съ рѣзко измѣненными участками встрѣчаются пострадавшіе сравнительно мало. Послѣднее обстоятельство дѣлаетъ понятнымъ, почему въ такихъ случаяхъ двигательныя разстройства отличаются неполнотой, незаконченностью, а самый характеръ патологическихъ продуктовъ вполнѣ объясняетъ колебаніе, измѣнчивость всѣхъ симптомовъ. Другими словами, клиническая картина мозгового сифилиса иногда весьма близко напоминаетъ прогрессивный параличъ и далеко не всегда можетъ быть распознана отъ него съ достаточной положительностью. При подобныхъ условіяхъ для правильной постановки діагноза мы обращаемъ вниманіе на возрастъ больного — сифилитическіе процессы чаще всего развиваются у молодыхъ субъектовъ, параличъ у болѣе пожилыхъ, на присутствіе другихъ проявленій сифилиса, на слишкомъ причудливую, неправильную и быструю смѣну симптомовъ и, наконецъ, на пораженіе двигательныхъ нервовъ глаза. Что касается измѣненій психической сферы, то характернымъ для мозгового сифилиса *Heubner* [1]) считаетъ своеобразное разстройство сознанія, при которомъ больной нѣсколько напоминаетъ пьянаго человѣка: путемъ энергичнаго раздраженія его можно заставить очнуться, но только на очень короткое время. Такія разстройства сознанія наблюдаются или вполнѣ самостоятельно, или присоединяются къ состояніямъ возбужденія и къ бурнымъ двигательнымъ припадкамъ. Не слѣдуетъ также упускать изъ вида, что при сифилисѣ психическая сфера можетъ поражаться частично, т. е. отдѣльныя области душевной жизни могутъ страдать болѣе другихъ. Извѣстны, напримѣръ, факты, когда больные, владѣвшіе нѣсколькими языками, совершенно забывали одинъ изъ нихъ, хотя другими могли еще владѣть довольно сносно.

Въ частичномъ пораженіи психической сферы, дѣйствительно крайне рѣзкомъ въ отдѣльныхъ случаяхъ мозгового сифилиса, многіе современные клиницисты хотѣли видѣть тотъ патогномоничный симптомъ, при помощи котораго легко отличать это страданіе отъ прогрессивнаго паралича; малѣйшее указаніе на неравномѣрность разстройствъ душевной жизни считалось ими совершенно достаточнымъ, чтобы съ положительностью исключить параличъ. Для примѣра укажу на *Garnier* [2]), который утверждаетъ, что если больной обладаетъ хоть слабымъ вниманіемъ, если онъ можетъ хоть сколько-нибудь запоминать и ассоціировать идеи, то онъ навѣрное не паралитикъ. Мнѣ нѣтъ необходимости долго останавливаться на вопросѣ, насколько надеженъ діагнозъ, имѣющій подобную точку опоры. Каждый психіатръ легко можетъ припомнить изъ своей практики случаи несомнѣннаго паралича, гдѣ однако различныя душевныя способности въ теченіе долгаго времени оставались сравнительно пощаженными и гдѣ благодаря этому больные могли исполнять свои служебныя и общественныя обязанности, не смотря на рѣзко выраженные симптомы страданія. Не болѣе основаній придавать слишкомъ рѣшающее значеніе и разстройству сознанія, описанному *Heubner*'омъ: у паралитиковъ мы иногда можемъ наблюдать подобныя же картины кратковременной утраты сознанія и притомъ отличающейся такой же поверхностностью. Изъ всего сказаннаго ясно, почему категорическое рѣшеніе вопроса, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, съ параличомъ или сифилисомъ, можетъ встрѣтить въ клиникѣ подчасъ непреодолимыя затрудненія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивный параличъ можно смѣшать съ внутреннимъ геморрагическимъ пахименингитомъ. Такой пахименингитъ иногда развивается, какъ самостоятельное страданіе, у субъектовъ туберкулезныхъ, кахектичныхъ; нерѣдко мы встрѣчаемъ его у пьяницъ. При дифференціальной діагностикѣ слѣдуетъ имѣть въ виду, что психическіе

симптомы, зависящіе отъ пахименингита, не обусловливаются, по крайней мѣрѣ вначалѣ, пораженіемъ самой мозговой коры, но зависятъ отъ давленія на мозгъ. Вотъ почему въ клинической картинѣ мы находимъ не слабоуміе, не утрату психическихъ функцій, а лишь ихъ задержку. Вь дальнѣйшихъ стадіяхъ, когда мозговая кора подверглась уже атрофіи, распознаваніе соединено съ бо́льшими затрудненіями, но сравнительно быстрое теченіе, жестокая, строго локализированная головная боль, головокруженіе, рвота, застойный сосокъ, стойкіе параличи, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ указывая на пахименингитъ, какъ общее правило, довольно легко выводятъ наблюдателя изъ затрудненія. Не слѣдуетъ однако забывать, что и здѣсь мы можемъ встрѣтиться съ почти неодолимыми препятствіями. Напомню случай, описанный недавно *Bourdin*'омъ [3]), которому удалось выяснить истину лишь при аутопсіи.

При діагнозѣ прогрессивнаго паралича необходимо далѣе имѣть въ виду разлитой и разсѣянный склерозъ головного мозга. Что касается разлитого склероза, то это заболѣваніе, вообще крайне рѣдкое, повидимому возникаетъ чаще всего у субъектовъ молодыхъ и характеризуется медленно, но постепенно развивающимся слабоуміемъ. Тѣхъ колебаній и интермиссій, какія свойственны прогрессивному параличу, здѣсь не наблюдается. Разстройства двигательной сферы, встрѣчающіяся при склерозѣ, отличаются точно также медленнымъ, постепеннымъ развитіемъ и большей стойкостью. *Krafft-Ebing* указываетъ, что онъ никогда не встрѣчалъ при разлитомъ склерозѣ спотыканія на слогахъ. Гораздо легче отличить прогрессивный параличъ отъ склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Вообще смѣшать оба страданія можно только или въ начальномъ стадіѣ склероза, когда пораженіе ограничивается исключительно областью головного мозга, или же когда рѣчь идетъ о далеко подвинувшейся болѣзни съ совершенно неизвѣстнымъ для насъ предшествовавшимъ теченіемъ. Опорными пунктами для дифференціальной діагностики являются: воз-

растъ больного (склерозъ наблюдается у болѣе молодыхъ субъектовъ, чѣмъ параличъ), этіологія: причины, вызывающія разлитой склерозъ, намъ неизвѣстны, но мы знаемъ однако, что онѣ совершенно иного характера, чѣмъ тѣ, которыя благопріятствуютъ заболѣванію прогрессивнымъ параличомъ. Наконецъ, клиническая картина разсѣяннаго склероза представляетъ обыкновенно извѣстныя особенности, которыя не встрѣчаются при прогрессивномъ параличѣ. Упадокъ интеллекта при склерозѣ никогда не достигаетъ такой глубины, какъ при послѣднемъ. Для склероза характерны: дрожаніе, развивающееся только при произвольныхъ движеніяхъ, нистагмъ, скандирующая рѣчь и пораженіе спинного мозга, свидѣтельствующее о болѣе обширной локализаціи патологическаго процесса.

Сравнительно рѣдко принимаютъ за прогрессивный параличъ старческое слабоуміе; тѣмъ не менѣе ошибки возможны и тутъ. Для правильнаго распознаванія прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду, что старческое слабоуміе развивается въ томъ возрастѣ, въ какомъ параличъ встрѣчается лишь, какъ крайне исключительное явленіе. Періодъ предвѣстниковъ при первомъ обыкновенно тянется долѣе, чѣмъ при второмъ. Симптомы пораженія психической сферы, замѣчаемыя въ этомъ періодѣ, совершенно различны при обоихъ страданіяхъ: у заболѣвшаго старческимъ слабоуміемъ, какъ общее правило, развивается скупость, эгоизмъ, крайняя подозрительность. Все теченіе слабоумія представляется гораздо болѣе продолжительнымъ. Бредъ величія наблюдается лишь крайне рѣдко; чаще всего больной высказываетъ убѣжденія, что его ограбили, что его хотятъ убить, отравить, что его уже нѣтъ на свѣтѣ, что ничего не существуетъ, что все погибло. Правда, нѣсколько сходныя бредовыя идеи можетъ развивать и прогрессивный паралитикъ, но при параличѣ онѣ—явленіе преходящее, тогда какъ при слабоуміи обладаютъ часто замѣчательной стойкостью. Наконецъ, по отношенію къ психической картинѣ для слабоумія въ высокой степени характерно рѣзкое ухудшеніе всѣхъ

явленій по ночамъ. Что касается двигательныхъ разстройствъ, то эпилептиформные и апоплектиформные припадки могутъ осложнять собою также и старческое слабоуміе, но они встрѣчаются здѣсь только въ позднихъ стадіяхъ болѣзни и оставляютъ по себѣ болѣе стойкіе параличи и парезы, чѣмъ это мы видѣли при прогрессивномъ параличѣ. Нарушенія рѣчи при слабоуміи рѣдко бываютъ корковаго характера; чаще всего они сводятся на параличъ мышцъ артикуляторнаго аппарата.

До сихъ поръ я говорилъ о разлитыхъ пораженіяхъ головного мозга, но параличъ можно смѣшать и съ фокусными процессами, а прежде всего съ опухолью мозга. Въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль проявляется мѣстными симптомами, распознаваніе обыкновенно не встрѣчаетъ существеннаго затрудненія. Совершенно иначе обстоитъ дѣло, когда страданіе вызываетъ лишь общія явленія. Увеличенное внутричерепное давленіе обусловливаетъ замедленіе всѣхъ психическихъ функцій. Въ результатѣ получается картина, напоминающая слабоуміе, но на самомъ дѣлѣ тутъ нѣтъ еще слабоумія; если, давленіе на мозгъ хоть нѣсколько ослабѣетъ, мы можемъ легко убѣдиться въ полной сохранности интеллекта. И только въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни, когда разстройство питанія мозговой коры повлечетъ за собою атрофію ея нервныхъ элементовъ, передъ нами будетъ дѣйствительное ослабленіе интеллектуальныхъ силъ. Однако на почвѣ такого слабоумія могутъ время отъ времени наблюдаться лишь припадки возбужденія или безсвязный бредъ; болѣе стойкихъ, законченныхъ картинъ, подобныхъ тѣмъ, которыя встрѣчаются при параличѣ, мы не увидимъ. Наконецъ, при діагностикѣ большое значеніе имѣютъ физическіе симптомы. Опухоли мозга нерѣдко вызываютъ упорныя, строго ограниченныя головныя боли, явственно усиливающіяся при постукиваніи той или иной области черепа. Въ пользу опухоли говорятъ далѣе: присутствіе застойнаго соска, головокруженіе, рвота и рѣзко лока-

лизированныя стойкія разстройства двигательной и чувствительной сферы.

Часто приходится видѣть въ практикѣ, что за прогрессивный параличъ принимаютъ различныя органическія пораженія мозга, но гораздо чаще діагностическія ошибки касаются тяжелыхъ формъ черепно-мозговой нейрастеніи: настолько много общаго имѣютъ между собою нейрастенія и параличъ—болѣзни, казалось бы мало напоминающія одна другую. А между тѣмъ неправильное распознаваніе именно здѣсь и можетъ вести къ самымъ пагубнымъ послѣдствіямъ, легко понятнымъ безъ дальнѣйшихъ поясненій. Вотъ почему приходится быть особенно осторожнымъ въ каждомъ, сколько-нибудь неясномъ случаѣ, а такіе случаи попадаются далеко не въ видѣ исключенія. Въ самомъ дѣлѣ, выше я говорилъ, что продромальный періодъ прогрессивнаго паралича можетъ складываться въ картину черепно-мозговой нейрастеніи и въ такомъ видѣ существовать довольно долгое время. При подобныхъ условіяхъ, особенно, когда непосредственное наблюденіе и изслѣдованіе больного почему-либо встрѣчаетъ затрудненія, полезно обратить вниманіе на этіологію. Если передъ нами субъектъ среднихъ лѣтъ, перенесшій сифилисъ, подвергшійся всевозможнымъ эксцессамъ, напрягавшій всѣ свои силы въ борьбѣ за существованіе,—болѣе шансовъ, что мы имѣетъ дѣло съ паралитикомъ. Если, наоборотъ, сомнительное заболѣваніе развилось у субъекта еще молодого съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ нервнымъ заболѣваніямъ, у человѣка, свободнаго отъ указанныхъ выше вредныхъ моментовъ, то можно думать, что это заболѣваніе—нейрастенія. Такой діагнозъ подтверждается, если страданіе вспыхнуло сразу послѣ какого-нибудь рѣзкаго душевнаго волненія. Развитіе болѣе медленное, идущее впередъ постепенно, напоминаетъ скорѣе параличъ. Тщательное изученіе клинической картины и анализъ отдѣльныхъ ея симптомовъ точно также могутъ доставить намъ весьма цѣнныя данныя для дифферен-

ціальной діагностики. Въ періодъ предвѣстниковъ паралитикъ очень нерѣдко находится въ состояніи угнетенія, становится ипохондрикомъ, высказываетъ опасенія относительно своего здоровья. Тоже самое, повидимому, мы встрѣчаемъ и у нейрастеника; но послѣдній смотритъ на дѣло гораздо серьезнѣе, преувеличиваетъ тяжесть своего положенія, легко приходитъ въ совершенное отчаянье, опасенія же и жалобы перваго носятъ поверхностный характеръ, не такъ глубоко отражаются на его настроеніи, которое въ отличіе отъ того, что мы встрѣчаемъ при нейрастеніи, по утрамъ обыкновенно бываетъ менѣе подавленнымъ, чѣмъ въ теченіе дня или вечеромъ; по вечерамъ у паралитиковъ, какъ общее правило, усиливаются головныя боли, разсѣянность, неспособность къ работѣ.

Рѣзкую перемѣну характера мы видимъ и у паралитика, и у нейрастеника: тотъ и другой нерѣдко проявляютъ грубый эгоизмъ, поразительное притупленіе нравственнаго чувства. Но у паралитика это измѣненіе постоянное; оно не исчезаетъ ни при какихъ условіяхъ, являясь такимъ образомъ точнымъ показателемъ распадающейся духовной жизни; нейрастеникъ, становясь жестокимъ подъ вліяніемъ того или другого аффекта, коль скоро успокаивается, начинаетъ ясно сознавать свою несправедливость и самъ первый до болѣзненности терзается ею.

Ослабленіе памяти одинаково свойственно прогрессивному параличу и нейрастеніи, причемъ въ обоихъ случаяхъ оно касается по преимуществу событій недавнихъ. Однако и здѣсь мы можемъ констатировать рѣзкое различіе. При нейрастеніи слабость памяти зависитъ отъ временнаго ослабленія психическаго органа, поэтому степень ея измѣнчива; часто образы воспоминанія не изгладились у нейрастеника; ему только трудно ихъ вспоминать, трудно постольку же, поскольку затруднены всѣ психическія операціи. Больной самъ прекрасно сознаетъ ослабленіе памяти, мучится этимъ,

горько жалуется врачу и всѣмъ окружающимъ, причемъ его заявленія отличаются положительнымъ преувеличеніемъ. Совершенно иное у паралитика. Измѣненіе памяти у него—явленіе стойкое, постепенно усиливающееся; если самъ паралитикъ и замѣчаетъ его, то далеко не въ достаточной степени. Особенно характерна для паралитика ранняя утрата топографическихъ образовъ, которые у нейрастеника сохраняются въ полной цѣлости. Этотъ фактъ дѣлаетъ понятнымъ, почему паралитикъ въ самомъ раннемъ стадіѣ страданія теряетъ способность правильно оріентироваться въ окружающихъ условіяхъ мѣста, не находитъ улицы, на которой живетъ много лѣтъ, принимаетъ чужую квартиру за свою и т. д. Сознаніе времени точно также при параличѣ разстраивается глубже, чѣмъ при нейрастеніи: нейрастеникъ часто ошибается на нѣсколько часовъ, даже на нѣсколько дней, но не болѣе; паралитикъ допускаетъ несравненно грубѣйшія ошибки. У нейрастеника вообще могутъ быть ослаблены всѣ интеллектуальныя функціи, но какъ бы не было велико такое ослабленіе, оно во всякомъ случаѣ гораздо менѣе, чѣмъ это думаетъ самъ больной. Паралитикъ, лишенный способности критически относиться къ себѣ, наоборотъ, обыкновенно не замѣчаетъ упадка своего интеллекта, или не придаетъ ему должнаго значенія. Нейрастеникъ въ цѣлости сохраняетъ тѣ свѣдѣнія, которыя онъ получилъ во время своего образованія; при параличѣ мы уже сравнительно рано встрѣчаемъ ихъ исчезновеніе. Особенно поучительна въ этомъ отношеніи провѣрка математическихъ знаній: паралитикъ легко дѣлаетъ самыя грубыя ошибки въ таблицѣ умноженія не справляется съ простѣйшими вычисленіями. Интересно сравнить также письмо нейрастеника и паралитика. Оба они могутъ сильно грѣшить въ орфографіи, не дописывать словъ, выпускать буквы и цѣлые слога; но въ то время, какъ нейрастеникъ самъ исправитъ свои ошибки, паралитикъ ихъ даже не замѣтитъ. Большую важность въ дифференціальной діагностикѣ

между черепно-мозговой нейрастеніей и прогрессивнымъ параличомъ пріобрѣтаютъ далѣе нѣкоторые соматическіе симптомы. Мигрень говоритъ за параличъ, нейралгіи тройничнаго нерва скорѣе свойственны нейрастенику. Безсонница, какъ и сонливость, встрѣчается при обоихъ страданіяхъ, но при параличѣ она отличается поразительнымъ упорствомъ, продолжительностью, часто не поддается никакимъ снотворнымъ; при нейрастеніи она не такъ упорна и обыкновенно возникаетъ подъ вліяніемъ какихъ-нибудь внѣшнихъ условій. Если у паралитика появляется сонливость, то онъ не въ состояніи бороться съ нею и легко засыпаетъ при самой несоотвѣтствующей обстановкѣ; нейрастеникъ можетъ удержаться отъ сна въ совершенно достаточной степени.

Изъ двигательныхъ разстройствъ особенное вниманіе обращаетъ на себя состояніе зрачковъ. У нейрастеника зрачки или совершенно нормальны, или нѣсколько расширены и всегда реагируютъ безукоризненно на внѣшнія раздраженія. При параличѣ зрачки могутъ измѣняться уже очень рано; они представляются то неравномѣрными, то съуженными; реакція ихъ на свѣтъ и приспособленіе вялая, иногда отсутствуетъ совершенно. Зато у нейрастениковъ мы иногда встрѣчаемъ чрезмѣрную раздражительность какъ сѣтчатки, такъ и аккомодативныхъ мышцъ. Колѣнные и вообще сухожильные рефлексы при нейрастеніи или нормальны, или повышены и только въ исключительныхъ случаяхъ ослаблены, при параличѣ они часто представляются ослабленными или даже совершенно уничтоженными. Правда, повышеніе ихъ замѣчается иногда и у паралитиковъ, но въ подобныхъ случаяхъ изслѣдованіе всегда открываетъ остальные симптомы, указывающіе на пораженіе пирамидальныхъ путей, т. е. повышеніе мышечнаго тонуса и ослабленіе мышечной силы. Нейрастеніи несвойственны измѣненія температуры; при параличѣ, какъ мы видѣли выше, дневная кривая можетъ представлять существенныя уклоненія отъ нормы.

Наконецъ, вѣсъ тѣла въ начальныхъ стадіяхъ паралича всегда болѣе или менѣе рѣзко падаетъ; у черепно-мозгового нейрастеника, если только у него нѣтъ потери аппетита, долгіе годы онъ можетъ оставаться безъ колебанія.

Я не буду далѣе останавливаться на дифференціальной діагностикѣ между параличомъ и нейрастеніей; ко всему сказанному добавлю только, что и здѣсь въ отдѣльныхъ случаяхъ мы можемъ встрѣчаться съ большими затрудненіями, преодолѣть которыя обыкновенно удается лишь путемъ продолжительнаго наблюденія. Таковы случаи развитія прогрессивнаго паралича на почвѣ тяжелой нейрастеніи, когда картина послѣдней, существуя въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, мало-по-малу осложняется симптомами паралича; даже опытный наблюдатель тутъ долгое время часто бываетъ не въ состояніи выяснить истину. Особенно темны случаи, когда больной ранѣе перенесъ сифилисъ и страдаетъ спинной сухоткой, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ не можетъ служить надежной точкой опоры даже изслѣдованіе соматической сферы.

Среди отравленій, клиническую картину которыхъ можно смѣшать съ прогрессивнымъ параличомъ, на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ назвать алкоголизмъ. Pseudo-paralysis alcoholica—заболѣваніе, развивающееся на почвѣ злоупотребленія спиртными напитками, представляетъ собою форму, которая настолько близко напоминаетъ прогрессивный параличъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дифференціальная діагностика врядъ ли возможна. Тѣсное клиническое сходство обоихъ страданій объясняется сходствомъ характера патологическаго процесса. При алкогольномъ параличѣ, какъ, повидимому, и при прогрессивномъ, мы чаще всего имѣемъ дѣло вначалѣ съ застойной гипереміей мозга, результатомъ чего является выпотъ жидкости и форменныхъ элементовъ въ лимфатическіе пути, застой и, какъ его послѣдствіе, атрофія нервныхъ элементовъ, съ одной стороны, пролиферація соединительно-

тканныхъ—съ другой. Но здѣсь существуетъ и рѣзкая разница. Въ то время какъ при параличѣ патологическіе процессы обладаютъ неудержимой наклонностью къ прогрессивному развитію, при алкогольной формѣ, коль скоро прекратится дальнѣйшій доступъ яда, всѣ измѣненія не только пріостанавливаются, но могутъ ослабѣвать даже до полнаго исчезновенія. Отсюда существенное различіе въ предсказаніи и необходимость своевременной правильной діагностики. Клинически алкогольный ложный параличъ отличается прежде всего болѣе быстрымъ развитіемъ, короткой продолжительностью—обыкновенно не болѣе 6—8 мѣсяцевъ—и рядомъ особенностей, какъ со стороны соматической, такъ и психической сферы. Среди физическихъ симптомовъ слѣдуетъ отмѣтить: упорныя головныя боли, множественный невритъ, чаще всего замѣчаемый въ области нижнихъ конечностей, дрожаніе во всей произвольной мускулатурѣ и чрезвычайно частые апоплектовидные и эпилептовидные приступы; характернаго для прогрессивнаго паралитика спотыканія на слогахъ не наблюдается и разстройства рѣчи обусловливаются лишь атаксіей мышцъ рѣчеваго аппарата. Въ психической сферѣ на алкогольный параличъ указываютъ: своеобразное потемнѣніе сознанія, отличающееся своей поверхностностью, изъ котораго обыкновенно больного можно пробудить на короткое время, алкогольныя, слуховыя и зрительныя галлюцинаціи, бредъ преслѣдованія съ половой окраской. Идеи величія, если и встрѣчаются, то обладаютъ большей систематизаціей, чѣмъ при прогрессивномъ параличѣ. Marandon de Montyel[4]), какъ характерную черту алкоголика, отмѣчаетъ грубое, враждебное его отношеніе къ семьѣ; въ то время какъ прогрессивный паралитикъ дружески относится къ своимъ близкимъ, радуется ихъ посѣщеніямъ, хотя иногда всѣхъ остальныхъ едва переноситъ, алкоголикъ грубъ и аггресивенъ по отношенію къ женѣ и дѣтямъ; оба могутъ, правда, позволить себѣ насиліе надъ семейными, но паралитикъ обыкновенно

потомъ легко раскаявается, между тѣмъ какъ алкоголикъ не проявляетъ никакого сожалѣнія о происшедшемъ.

Кромѣ отравленія алкоголемъ клиническую картину прогрессивнаго паралича можетъ симулировать также отравленіе бромомъ, особенно часто наблюдаемое у эпилептиковъ. Извѣстно, что бромистые препараты—почти специфическое средство при лѣченіи эпилепсіи. Эпилептики иногда по цѣлымъ годамъ принимаютъ ежедневно громадныя ихъ дозы; чаще всего послѣднія переносятся замѣчательно легко, но иногда развивается, и притомъ весьма быстро, тяжелая картина отравленія: всю произвольную мускулатуру охватываетъ паретическое состояніе, вслѣдствіе чего лицо становится малоподвижнымъ, невыразительнымъ, рѣчь невнятной, походка дѣлается неуклюжей, шатающейся. Если къ этому прибавить дрожаніе конечностей и языка, какъ выраженіе ослабленной иннерваціи, явленія афазіи, сонливость и рѣзкую задержку всѣхъ психическихъ функцій, то мы получимъ картину, которая съ перваго взгляда дѣйствительно напоминаетъ собою прогрессивный параличъ. Однако болѣе внимательное изслѣдованіе легко открываетъ истину. Въ анамнезѣ мы всегда находимъ продолжительное употребленіе брома, а характерныя acne, непріятный запахъ изо рта, налетъ на языкѣ и на губахъ и гастрическія разстройства подтверждаютъ предположеніе о бромизмѣ. Діагнозъ возводится на степень достовѣрности, если, изслѣдуя больного, мы убѣждаемся въ рѣзкомъ ослабленіи рефлекторной дѣятельности, причемъ особенно важное значеніе пріобрѣтаетъ утрата глоточнаго рефлекса; мышечная сила обыкновенно также бываетъ понижена, дѣятельность сердца ослаблена; пульсъ слабый, замедленный, нерѣдко—перебои.

Не смотря на такой грозный характеръ всѣ перечисленые выше симптомы безслѣдно исчезаютъ черезъ 8—10 дней послѣ прекращенія пріема бромистыхъ препаратовъ.

Кромѣ только что указанныхъ есть еще ядъ, который,

вредно дѣйствуя на нервную систему, можетъ вызывать комплексъ явленій, болѣе или менѣе близко напоминающихъ прогрессивный параличъ. Это—свинецъ. Мы знаемъ, что такъ называемые свинцовые разлитые энцефалиты, протекая смертельно, въ исходныхъ стадіяхъ едва-ли могутъ быть распознаны съ успѣхомъ отъ прогрессивнаго паралича, — фактъ, который объясняется и самымъ характеромъ патолого-анатомическаго процесса, развивающагося подъ вліяніемъ свинца въ головномъ мозгу. Тѣмъ не менѣе въ начальномъ періодѣ свинцовыя отравленія обыкновенно удается констатировать безъ особыхъ затрудненій. Клиническая картина, какъ общее правило, возникаетъ очень быстро. Страданіе начинается безсонницей, головной болью, потемнѣніемъ сознанія. Больной испытываетъ чувство страха, то безотчетнаго, то вызываемаго обманами чувствъ; онъ высказываетъ идеи преслѣдованія и чаще всего отравленія. Сравнительно быстро въ такой картинѣ происходятъ рѣзкія измѣненія: въ психической сферѣ замѣчается глубокій упадокъ интеллекта, въ соматической— парезъ произвольной мускулатуры и общій упадокъ питанія. Несмотря на столь непріятные въ прогностическомъ отношеніи симптомы, заболѣваніе можетъ протекать благополучно и въ относительно короткое время окончиться полнымъ выздоровленіемъ. При дифференціальной діагностикѣ прежде всего обращаютъ вниманіе на этіологію: отравленіе свинцомъ мы встрѣчаемъ, конечно, только у тѣхъ субъектовъ, которые имѣютъ дѣло съ этимъ ядомъ, напримѣръ, у наборщиковъ, словолитчиковъ и т. п. Цѣнныя данныя мы получаемъ также изъ анамнеза: въ прошломъ обыкновенно указываются свинцовыя колики, свинцовые параличи и иныя проявленія интоксикаціи. Категорически рѣшаетъ дѣло непосредственный осмотръ: мы находимъ у больного характерный земляной цвѣтъ лица, сѣрую полоску на деснахъ, подавленіе всѣхъ психическихъ функцій, медленный ходъ психическихъ операцій, а въ конечныхъ стадіяхъ рѣзкій упадокъ душевной дѣятельности въ

главнѣйшихъ ея проявленіяхъ. Вся картина развивается съ необыкновенной быстротой.

Наконецъ, въ литературѣ извѣстны случаи, когда прогрессивный параличъ только съ трудомъ можно было отличать отъ уреміи. Такіе случаи описалъ, напримѣръ, недавно *Bruns*[5]), который неоднократно наблюдалъ хроническій нефритъ съ уреміей, выражавшійся между прочимъ слѣдующими симптомами: ослабленіемъ интеллекта, усиленной раздражительностью, головокруженіемъ, эпилептиформными и апоплектиформными припадками, разстройствомъ зрѣнія, рѣчи и письма, головными болями, дрожаніемъ, разнообразными параличами и парезами и повышеніемъ рефлексовъ. Но сверхъ перечисленныхъ явленій страданіе выражалось рвотой, потерей аппетита, приступами удушья, retinitis albuminurica, а въ мочѣ постоянно открывался бѣлокъ и цилиндры. Противъ паралича здѣсь говорили также равномѣрные зрачки и сохраненіе ихъ реакціи на свѣтъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Heubner*. Сифилисъ головного мозга. Ziemssen. Руководство къ частной патологіи и терапіи. Т. XI. Ч. 1.
2. *P. Garnier*. Arch. de Neurologie. 1897, № 27.
3. *Bourdin*. Pachyméningite hémorragique ayant simulé une Paralysie générale. Annal. médico-psychol. 1899.
4. *Marondon de Montyel*. Le diagnostic différenciel de la paralysie générale et de l'alcoolisme paral. Revue de méd. № 2, 1898.
5. *Bruns*. Urämie unter dem Symptomenbilde der progressiven Paralyse. Festschrift Nietleben. 1897.

Лекція VI.

Прогностика, патологическая анатомія и терапія прогрессивнаго паралича.

Причины, обусловливающія смертельный исходъ при прогрессивномъ параличѣ. Макроскопическія измѣненія головного мозга и его оболочекъ при параличѣ. Микроскопическія измѣненія въ центральной нервной системѣ паралитиковъ; измѣненія со стороны нервныхъ элементовъ, сосудовъ и соединительной ткани; различные взгляды авторовъ на характеръ этихъ измѣненій. Основанія, по которымъ прогрессивный параличъ можно разсматривать, какъ понятіе сборное. Терапія прогрессивнаго паралича; важность профилактическихъ мѣръ; неблагопріятное вліяніе противусифилитическаго лѣченія; борьба съ отдѣльными симптомами болѣзни; значеніе надлежащаго ухода за больными.

Мм. Гг.!

Если Вы разрѣшили всѣ затрудненія, представлявшіяся Вамъ при дифференціальной діагностикѣ, и убѣдились, что имѣете дѣло дѣйствительно съ прогрессивнымъ параличомъ, то вмѣстѣ съ діагнозомъ Вы уже поставили и прогнозъ. Прогрессивный параличъ оканчивается смертельно и въ большей части случаевъ больные не переживаютъ первыхъ двухъ лѣтъ страданія. По Mendel'ю въ 50% роковой исходъ наступаетъ во время эпилептиформнаго или апоплектиформнаго припадка. Нерѣдко паралитикъ погибаетъ во время ѣды, подавившись кускомъ пищи. При формахъ депрессивныхъ наблюдаются случаи самоубійства. Очень часто, особенно во второмъ стадіи болѣзни, дни паралитика прекращаютъ подкравшіяся физическія заболѣванія, напр. чахотка. Въ исход-

номъ періодѣ больные погибаютъ отъ общаго истощенія или вслѣдствіе трофическихъ разстройствъ, подробно описанныхъ выше. Но, перечисляя причины смертельнаго исхода, я долженъ добавить, что изрѣдка наблюдаются случаи, окончившіеся повидимому выздоровленіемъ. Говорю „повидимому", такъ-какъ, читая описанія ихъ, невольно думаешь, не идетъ ли тутъ рѣчь о чрезвычайно глубокихъ и продолжительныхъ ремиссіяхъ. Ранѣе было сказано, что ремиссіи представляютъ вообще довольно обычное явленіе при параличѣ и иной разъ отличаются большой длительностью. Весьма естественно поэтому думать, что при благопріятныхъ условіяхъ такія ремиссіи могутъ затягиваться на долгіе годы. Въ пользу подобнаго предположенія свидѣтельствуютъ, по крайней мѣрѣ, наблюденія *Nasse* [1]), который, описавъ 7 случаевъ выздоровленія отъ прогрессивнаго паралича, черезъ 10 лѣтъ сообщилъ, что въ 6 изъ нихъ болѣзненныя явленія выступили вновь. Тѣмъ не менѣе, какъ въ старой, такъ и въ современной литературѣ, изрѣдка можно встрѣтить наблюденія, указывающія на возможность благопріятнаго исхода и по отношенію къ прогрессивному параличу. (Изъ русскихъ авторовъ такое наблюденіе было сдѣлано, напримѣръ, *Кузнецовымъ* [2]). Мнѣ лично, не смотря на имѣвшійся въ моемъ распоряженіи богатый матеріалъ, ни разу не удалось его видѣть, но я не беру на себя смѣлость оспаривать вообще возможность таковаго; очевидно однако онъ долженъ быть признанъ лишь, какъ весьма рѣдкое исключеніе.

Уже одинъ только этотъ безотрадной взглядъ невольно наводитъ на мысль, что прогрессивный параличъ помѣшанныхъ относится къ числу такихъ болѣзней, въ основѣ которыхъ должны лежать стойкія патолого-анатомическія измѣненія, и посмертное изслѣдованіе дѣйствительно во всѣхъ случаяхъ открываетъ ихъ намъ. Оно показываетъ сверхъ того, что эти измѣненія отличаются своей обширностью, множественностью и не ограничиваются веществомъ головного мозга,

а захватываютъ также его оболочки, постепенно становясь, по мѣрѣ удаленія отъ мозга, менѣе и менѣе рѣзкими. Такъ, очень нерѣдко мы находимъ ихъ даже въ костяхъ черепа, гдѣ встрѣчаются разлитыя или ограниченныя утолщенія костныхъ пластинокъ, достигающія иногда довольно значительныхъ размѣровъ. Въ твердой мозговой оболочкѣ макроскопическій осмотръ открываетъ уже болѣе грубыя и болѣе постоянныя уклоненія отъ нормы. Очень часто dura cerebri оказывается такъ плотно сращенной съ костями черепного свода, что при вскрытіи отдѣляется отъ нихъ только съ большимъ трудомъ. Сама оболочка обыкновенно утолщена и на внутренней поверхности, приблизительно въ третьей или четвертой части всѣхъ случаевъ, представляетъ явленія pachimeningitis internae haemorrhagicae. При разрѣзѣ ея часто выдѣляется значительное количество серозной жидкости, скопленіе которой иногда достигаетъ такихъ размѣровъ, что вся оболочка получаетъ видъ сильно напряженнаго мѣшка.

Еще рѣзче при прогрессивномъ параличѣ поражены патологическимъ процессомъ внутреннія оболочки головного мозга, aracnoidea и pia, причемъ картина, которую мы здѣсь находимъ, существенно зависитъ отъ періода болѣзни. Въ самыхъ раннихъ стадіяхъ мы можемъ замѣтить обыкновенно только отечность или утолщеніе этихъ оболочекъ и лишь вдоль большихъ венъ усматриваются болѣе или менѣе широкія бѣловатыя полосы. Такого рода измѣненія особенно ясны въ области переднихъ долей большихъ полушарій. Въ дальнѣйшемъ періодѣ помутнѣніе и утолщеніе оболочекъ пріобрѣтаютъ болѣе значительные размѣры. Мнѣ приходилось встрѣчать случаи, когда мягкая мозговая оболочка достигала толщины сапожной кожи, т. е. 2—3 мм. Отдѣлить такимъ образомъ измѣненную pia отъ мозга чаще всего довольно трудно, такъ какъ она, будучи тѣсно сращена съ послѣднимъ, удаляется только съ поверхностными слоями его вещества.

Въ веществѣ самого мозга мы можемъ открыть весьма разнообразныя измѣненія. Въ начальномъ періодѣ корковый слой оказывается набухшимъ, гиперемированнымъ, отличается мягкой консистенціей; всѣ извилины мозговой коры близко касаются одна другой. Въ исходномъ стадіѣ кора тонка, тверда, малокровна, съ сѣроватымъ или съ сѣровато-желтымъ оттѣнкомъ; извилины истончены нерѣдко въ весьма значительныхъ размѣрахъ; борозды, раздѣляющія ихъ, широки, глубоки. Бѣлое вещество точно также обладаетъ болѣе плотной консистенціей, малокровно. На разрѣзѣ часто можно бываетъ замѣтить большое количество зіяющихъ отверстій, которыя соотвѣтствуютъ расширеннымъ сосудамъ и ихъ периваскулярнымъ пространствамъ. При вскрытіи желудочковъ нерѣдко находятъ большое количество серозной жидкости; ebendyma ихъ утолщена, шероховата на ощупь, что удается особенно ясно констатировать на днѣ ромбовидной ямки. Самая конфигурація большого мозга въ исходномъ періодѣ весьма своеобразна: полушарія представляются клювовидными, какъ бы сдавленными въ переднемъ отдѣлѣ.

Въ большей части случаевъ прогрессивнаго паралича при тщательномъ осмотрѣ можно бываетъ найти измѣненія и со стороны спинного мозга. Оболочки его, и преимущественно мягкая, помутнены, утолщены. На поперечномъ разрѣзѣ замѣчается сѣроватый оттѣнокъ въ области заднихъ или задне-боковыхъ столбовъ.

Таковы, вкратцѣ, данныя макроскопическаго изслѣдованія. Еще болѣе глубокія измѣненія открываетъ намъ микроскопъ. Эти измѣненія касаются какъ нервныхъ элементовъ, такъ сосудовъ и основного вещества мозга.

Въ случаяхъ остро протекшаго паралича или подвергнувшихся вскрытію въ раннемъ періодѣ страданія большая часть нервныхъ клѣтокъ коры отличается мутной протоплазмой, увеличеннымъ, шарообразнымъ ядромъ; тѣла ихъ закругленной формы, набухшія обладаютъ малымъ количествомъ истончен-

ныхъ и укороченныхъ отростковъ. Nissl [3]), примѣнивъ свой методъ окраски, констатировалъ быстрый распадъ хроматофильной субстанціи, разложеніе всей клѣтки какъ-бы на отдѣльныя глыбки и, наконецъ, полное ея исчезновеніе.

Въ болѣе поздней фазѣ болѣзни нервныя клѣтки имѣютъ иной видъ: въ протоплазмѣ ихъ обыкновенно замѣчается большое количество желтоватаго или желто-бураго пигмента, зерна котораго то скопляются около одного полюса клѣтки, то распространяются по всему ея тѣлу, часто не позволяя въ послѣднемъ случаѣ видѣть ядро и ядрышко. Рядомъ съ измѣненными такимъ образомъ клѣтками встрѣчаются другія, состоящія только изъ ядра, окруженнаго безпорядочными группами пигментныхъ зеренъ. Самое количество нервныхъ клѣтокъ представляется рѣзко уменьшеннымъ. *Nissl*, (op. cit.) при хроническомъ теченіи процесса также отмѣчаетъ особенности нервныхъ клѣтокъ по отношенію ихъ протоплазмы къ окраскѣ: отростки окрашиваются на большомъ протяженіи, протоплазма самаго клѣточнаго тѣла тоже интенсивно поглощаетъ красящее вещество. Въ концѣ концовъ вся клѣтка кажется длинной, темно-окрашенной, извилистой лентой, въ которой невозможно открыть ея нормальныхъ составныхъ частей. *Anglade* [4]), пользуясь методомъ Nissl'я, въ свою очередь могъ указать довольно рѣзкое различіе въ измѣненіи нервныхъ клѣтокъ между случаями острыми и болѣе затяжными. При быстромъ теченіи паралича хроматиновая субстанція вся превращается въ мелкую пыль, ахроматиновая тоже распадается; появляются вакуолы; ядро иногда выходитъ изъ клѣтки, но чаще остается въ ней и растворяется вмѣстѣ съ ядрышкомъ. Въ случаяхъ затяжныхъ измѣненія менѣе рѣзки; нѣкоторыя клѣтки остаются нормальными, другія представляютъ явленія хроматолиза, который повидимому совпадаетъ съ періодомъ усиленной функціональной дѣятельности; значительная часть клѣтокъ атрофирована, чѣмъ авторъ и объясняетъ глубокій упадокъ физическихъ и умственныхъ силъ паралитика.

Описанныя выше картины можно замѣтить не только въ клѣткахъ мозговой коры, но также подкорковыхъ центровъ и въ ядрахъ черепныхъ нервовъ на днѣ IV желудочка.

Не остаются пощаженными при прогрессивномъ параличѣ и міэлиновыя волокна: здѣсь сначала исчезаетъ мякотная оболочка, а затѣмъ осевые цилиндры. Первыми погибаютъ самыя тонкія волокна, расположенныя подъ оболочками и образующія тангенціальный слой, потомъ поперечныя, идущія въ сѣромъ веществѣ отъ одного радіарнаго пучка къ другому. *Tuczek*[5]), ранѣе всѣхъ описавшій атрофію нервныхъ волоконъ коры, особенно настаиваетъ на независимости ихъ отъ измѣненій въ соединительной ткани: можно встрѣтить рѣзкія паренхиматозныя измѣненія при очень слабыхъ сосудистыхъ и интерстиціальныхъ и наоборотъ. Позднѣйшіе авторы, которые продолжали изслѣдованія *Tuczek*'а, значительно расширили его выводы. Они доказали, что атрофія волоконъ наблюдается во всей мозговой корѣ, не исключая затылочныхъ долей, а *Meyer*[6]) указалъ этотъ процессъ даже въ корѣ мозжечка; онъ замѣчался сверхъ того въ capsula interna и во всемъ бѣломъ веществѣ.

Одно изъ самыхъ раннихъ явленій при прогрессивномъ параличѣ—измѣненія со стороны сосудовъ мозга. Въ начальныхъ періодахъ болѣзни эти сосуды расширены; стѣнки ихъ усѣяны размножившимися ядрами; послѣднее особенно замѣтно въ adventiti'ѣ, которая въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляется сплошь покрытой густымъ ядернымъ слоемъ. Въ позднѣйшихъ періодахъ мы обыкновенно констатируемъ утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ, отличающихся грубо волокнистымъ строеніемъ; иногда можно встрѣтить также ихъ гіалиновое или коллоидное перерожденіе. Рядомъ съ измѣненными такимъ образомъ сосудами въ большомъ количествѣ попадаются облитерированные, сдавленные вслѣдствіе измѣненія окружающихъ тканей. Лимфатическіе пути, не исключая и самыхъ

мельчайшихъ, вначалѣ очень расширены, запружены форменными элементами крови и круглыми клѣточными элементами. Расширенія ихъ нерѣдко представляются очень ограниченными и впослѣдствіи могутъ совершенно отшнуровываться, получая видъ какъ-бы кистовидныхъ образованій.

Невроглія также принимаетъ очень активное участіе въ патологическомъ процессѣ. Уже старые изслѣдователи обращали особенное вниманіе на большое количество заложенныхъ въ ней паукообразныхъ клѣтокъ, густо переплетающихся своими отростками. *Mendel* [7]) нашелъ, что число ядеръ нейроглiи, которыхъ нормально въ полѣ зрѣнія насчитывается до 90, при прогрессивномъ параличѣ возростаетъ до 600. Самое вещество нейроглiи утрачиваетъ обычный мелкозернистый характеръ и представляется грубо-волокнистымъ. Изъ этихъ фактовъ *Mendel* заключаетъ, что при параличѣ имѣется дѣло съ хроническимъ интерстиціальнымъ воспаленіемъ и поддержку такого взгляда мы находимъ въ позднѣйшихъ изслѣдованіяхъ *Nissl*'я, который видѣлъ фигуры дѣленія ядра въ клѣткахъ невроглiи головного мозга при прогрессивномъ параличѣ. Противъ подобныхъ выводовъ однако рѣзко высказывается *Binswanger* [8]). Этотъ авторъ смотритъ на увеличеніе числа ядеръ глiи, какъ на явленіе только кажущееся, объясняемое сморщиваніемъ ткани; отъ сморщиванія зависитъ также и расширеніе адвентиціальныхъ и околоклѣточныхъ пространствъ. Въ одной изъ своихъ позднѣйшихъ работъ *Binswanger* [9]) принимаетъ, что патологическій процессъ при прогрессивномъ параличѣ вообще начинается гибелью наиболѣе дѣятельной ткани органа, т. е. нервныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ; позднѣе перерожденіе захватываетъ и нервныя волокна. Въ частности Binswanger различаетъ три типа болѣзненнаго процесса: диффузный лепто-менингитъ, геморрагическую форму съ гіалиновымъ перерожденіемъ сосудовъ и распространенное заболѣваніе мозговой коры безъ лепто-менингита.

Микроскопическое изслѣдованіе спинного мозга показываетъ, что патологическій процессъ при прогрессивномъ параличѣ можетъ локализироваться или въ области заднихъ столбовъ, или боковыхъ, или въ тѣхъ и другихъ одновременно. Пораженіе обоихъ столбовъ найдено *Fürstner*'омъ [10]) въ 50% всѣхъ случаевъ, однихъ боковыхъ—въ 12% и однихъ заднихъ —въ 19%; лишь въ 11% въ спинномъ мозгу не оказалось никакихъ измѣненій. Сущность процесса въ заднихъ столбахъ сводится на атрофію нервныхъ волоконъ со вторичнымъ развитіемъ соединительной ткани; онъ, слѣдовательно, представляетъ большое сходство съ табетическимъ. Что касается задне-боковыхъ столбовъ, то здѣсь мы имѣемъ прежде всего размноженіе ядерныхъ клѣтокъ и разращеніе соединительной ткани, другими словами, хроническое интерстиціальное воспаленіе, которое *Westphal* [11]) могъ прослѣдить вверхъ до основанія мозговой ножки. *Marie* [12]) различаетъ два вида измѣненія заднихъ столбовъ: при одномъ поражаются только эндогенныя волокна, т. е. не находящіяся въ связи съ задними корешками, и въ подобныхъ случаяхъ дегенерація всегда замѣчается такъ же въ боковыхъ столбахъ. Второй видъ характеризуется измѣненіемъ экзогенныхъ волоконъ исключительно и представляетъ тѣсную аналогію съ картиной при классической формѣ спинной сухотки.

Въ послѣдніе годы появились обстоятельныя работы *Sibelius*'а, и *Berger*'а, посвященныя главнымъ образомъ анализу микроскопическихъ измѣненій, свойственныхъ спинному мозгу при прогрессивномъ параличѣ. Sibelius [13]), опираясь на предшествовавшую литературу вопроса, а главнымъ образомъ на личныя изслѣдованія, строго различаетъ патологическіе процессы, случайно осложняющіе гистологическую картину и непосредственно вызванные страданіемъ. Къ послѣдней категоріи онъ относитъ пораженіе передне-боковыхъ столбовъ, состоящее по всей вѣроятности въ перерожденіи наиболѣе удаленныхъ участковъ корково-спинныхъ нейроновъ, и измѣненія заднихъ

столбовъ, соотвѣтствующія по существу тѣмъ, какія мы находимъ при tabes, но отличающіяся только большей безпорядочностью. *Berger*[14]) обратилъ свое вниманіе исключительно на нервныя клѣтки переднихъ роговъ. Онъ нашелъ, что патологическія измѣненія при прогрессивномъ параличѣ встрѣчаются здѣсь очень часто (въ 83% его случаевъ) и не идутъ параллельно съ пораженіемъ бѣлыхъ столбовъ; онѣ могутъ напр. совсѣмъ отсутствовать, когда послѣдніе поражаются въ крайне рѣзкой степени. Отсюда авторъ заключаетъ, что есть полное основаніе допустить первичное паренхиматозное страданіе спинного мозга, вдобавокъ не находящееся ни въ какой связи съ степенью развитія атрофическаго процесса въ головномъ мозгу.

Я перечислилъ всѣ наиболѣе важныя измѣненія, которыя изслѣдованіе открываетъ въ центральной нервной системѣ прогрессивныхъ паралитиковъ. Изъ сопоставленія ихъ очевидно, что самымъ существеннымъ слѣдуетъ считать атрофію нервныхъ элементовъ. Ни при какомъ другомъ диффузномъ органическомъ пораженіи эта атрофія не достигаетъ такой степени, какъ при параличѣ. Еще одинъ изъ первыхъ изслѣдователей въ этой области, *Baillarger*[15]), указалъ, что въ то время какъ при параличѣ вѣсъ головного мозга иногда уменьшается на $^1/_6$ часть, при самомъ глубокомъ слабоуміи (непаралитическомъ) потеря вѣса едва достигаетъ $^1/_{20}$. *Baillarger* замѣтилъ также, что уменьшеніе вѣса главнымъ образомъ отражается на большихъ полушаріяхъ. Позднѣе *Meynert*[16]) путемъ болѣе точныхъ изслѣдованій выяснилъ, что и большія полушарія страдаютъ неодинаково во всѣхъ своихъ отдѣлахъ и что атрофіи особенно подвергаются лобныя доли, которыя онъ считаетъ исходнымъ пунктомъ патологическаго процесса, распространяющагося съ теченіемъ времени на стволъ мозга и ниже. Такимъ образомъ процессъ разыгрывается по преимуществу въ области art. cerebri anterioris, т. е. въ той области, которая, какъ можно думать, принимаетъ

наиболѣе активное участіе въ интеллектуальной жизни. Отсюда становится понятнымъ, почему такіе этіологическіе моменты, какъ душевныя волненія, чрезмѣрная умственная работа и т. п. могутъ существенно вліять на развитіе прогрессивнаго паралича. Отсюда ясно, почему параличъ развивается въ цвѣтущемъ возрастѣ, т. е. въ томъ періодѣ жизни, когда особенно необходима усиленная интеллектуальная работа: эта работа связана съ состояніемъ функціональной гипереміи, съ усиленнымъ переполненіемъ сосудовъ кровью, а послѣдніе подъ вліяніемъ извѣстныхъ моментовъ (сифилисъ, алкоголь и т. д.) могутъ быть заранѣе измѣнены въ своемъ строеніи. Въ результатѣ легко получается нейропаралитическая гиперемія, съ трансудаціей лимфы и кровяныхъ элементовъ въ околососудистыя и лимфатическія пространства При подобныхъ условіяхъ вполнѣ понятнымъ является застой лимфы и рѣзкое нарушеніе питанія нервныхъ элементовъ, влекущее за собою ихъ атрофію. Но какіе именно процессы обусловливаютъ здѣсь атрофію нервныхъ элементовъ? Разсуждая a priori, мы съ одинаковымъ правомъ можемъ допустить какъ первичную дегенеративную атрофію, какъ паренхиматозный воспалительный процессъ, послѣдовательно вызывающій раздраженіе и пролиферацію элементовъ соединительной ткани, такъ и интерстиціальное воспаленіе съ дальнѣйшимъ сдавливаніемъ и атрофіей нервныхъ элементовъ. Однимъ словомъ, при посмертномъ изслѣдованіи прогрессивныхъ паралитиковъ мы находимъ только конечный исходный стадій патологическихъ процессовъ, повидимому, весьма различныхъ по существу. И подобный выводъ находитъ себѣ поддержку въ недавнихъ изслѣдованіяхъ цѣлаго ряда патолого-анатомовъ. *Nissl* [17]) считаетъ слѣдующія макроскопическія находки обычными при прогрессивномъ параличѣ: исчезновеніе diploë, утолщеніе и помутнѣніе мягкихъ мозговыхъ оболочекъ, характерное не по интенсивности, а по способу распространенія, наружную и внутреннюю водянку мозга и атрофію лобныхъ

и темянныхъ долей. Для того чтобы перечисленныя измѣненія могли имѣть діагностическое значеніе, они должны существовать одновременно. Что касается микроскопической картины, то она, по *Nissl*'ю, не представляетъ ничего характернаго; характерны только интенсивность и распространенность гистологическихъ измѣненій. Къ точно такому же результату пришелъ *Pollak* [18]). Онъ говоритъ, что послѣ смерти въ мозговой корѣ паралитиковъ мы не встрѣчаемъ никакихъ специфическихъ измѣненій и что всѣ попытки построить ученіе о прогрессивномъ параличѣ на гистологической почвѣ не привели до сихъ поръ ни къ чему опредѣленному.

O. Schmidt [19]), сопоставляя данныя литературныя съ собственными изслѣдованіями, резюмируетъ свое мнѣніе слѣдующимъ образомъ: измѣненія сосудовъ дегенеративнаго характера—очень частая находка при прогрессивномъ параличѣ, но никоимъ образомъ не патогномоничная для него, такъ какъ, съ одной стороны, встрѣчаются случаи паралича безъ сосудистыхъ измѣненій, съ другой же—такія точно измѣненія могутъ наблюдаться и при нетипичныхъ параличахъ. Патологическій процессъ въ основномъ веществѣ, который обыкновенно называютъ склерозомъ, спорный; быть можетъ здѣсь все дѣло сводится на обманъ, объясняемый исчезновеніемъ другихъ тканей; покрайней мѣрѣ за это говоритъ поразительное уменьшеніе вѣса мозга. Измѣненія со стороны нервныхъ клѣтокъ точно также не имѣютъ большого значенія для діагноза. Не принесли до сихъ объясненія процессу и измѣненія нервныхъ волоконъ. Наконецъ, распространеніе процесса на всѣ ткани не всегда служитъ вѣрнымъ признакомъ прогрессивнаго паралича.

Съ другой стороны, разнообразіе клиническихъ картинъ паралича также логически связывается съ различіемъ патолого-анатомическихъ процессовъ, лежащихъ въ его основѣ. *Krafft-Ebing* сдѣлалъ даже попытку точнѣе установить эту связь. При классической формѣ прогрессивнаго паралича,

характеризующейся симптомами возбужденія и специфическимъ бредомъ величія, онъ допускаетъ усиленное раздраженіе нервныхъ элементовъ: на первый планъ тутъ выступаютъ процессы воспалительные, атрофическіе отходятъ на второй. Совершенно обратное мы имѣемъ при формахъ дементныхъ; здѣсь симптомы выпаденія преобладаютъ надъ симптомами раздраженія, здѣсь на самомъ видномъ мѣстѣ атрофія.

Наконецъ, изучая этіологію, мы видѣли, что авторы называютъ цѣлую серію самыхъ разнообразныхъ моментовъ, способныхъ вызвать заболѣваніе параличомъ.

Итакъ, разнообразіе этіологическихъ факторовъ, разнообразіе клиническихъ картинъ, разнородность патолого-анатомическихъ процессовъ—все это невольно приводитъ къ убѣжденію, что прогрессивный параличъ есть дѣйствительно понятіе сборное, видовое, что къ нему относятся весьма различныя заболѣванія, только связанныя между собою извѣстными клиническими чертами. Таковъ взглядъ, который вырабатывается въ современной психіатріи и который особенно яркое развитіе нашелъ себѣ въ монографіи *Klippel*'я „Sur les paralysies générales", появившейся въ 1898 г. Авторъ въ этомъ изслѣдованіи старается доказать, что очень мало сходные по своему характеру патологическіе процессы могутъ выражаться одной и той же клинической картиной, совершенно напоминающей прогрессивный параличъ. Онъ различаетъ три главныя группы. Первую составляетъ первичный воспалительный прогрессивный параличъ, въ основѣ котораго лежитъ воспалительный процессъ, характеризующійся, съ одной стороны, выхожденіемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (diapedesis *Conheim*'а), съ другой—атрофіей протоплазматическихъ отростковъ нервныхъ клѣтокъ; здѣсь диффузный склерозъ находится въ тѣсной зависимости отъ паренхиматознаго воспаленія, которое является первичнымъ фактомъ. Клинически эта форма выражается прогрессивно идущимъ ослабленіемъ двигательной, чувствительной и психической сферъ, не подчиняющимся опредѣленному закону. Бредъ,

какой развивается на почвѣ паралитическаго слабоумія, зависитъ отъ разстройства сосудодвигательной иннерваціи. Ко второй группѣ *Klippel* относитъ вторичныя формы, развивающіяся подъ вліяніемъ алкоголизма, атероматоза, глубокой дегенераціи, идіотизма и послѣ нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваній; при нихъ мы имѣемъ тотъ же патологическій субстратъ и тѣ же симптомы. Въ третьей группѣ—дегенеративномъ прогрессивномъ параличѣ—мы совершенно не встрѣчаемъ воспалительныхъ измѣненій; ее составляютъ диффузные склерогуммозные процессы, хроническій туберкулезный менингитъ, атероматозъ въ области основанія мозга, хроническій алкоголизмъ и туберкулезъ. При первой группѣ основнымъ процессомъ является инфекція или аутоинтоксикація; этотъ процессъ, объясняющій лихорадочныя явленія и измѣнчивость развитія, возникаетъ на почвѣ предрасположенія, которое обусловлено или предшествовавшимъ lues'омъ, или вызвано психическими моментами. Въ основѣ дегенеративной формы лежитъ скорѣе всего аутоинтоксикація. Между первой и второй формами въ изобиліи встрѣчаются формы переходныя.

Какъ я уже упомянулъ выше, работа *Klippel*'я далеко не является единственной въ данномъ направленіи. Точно такой же взглядъ на прогрессивный параличъ мы находимъ, напр. въ изслѣдованіяхъ *Nacke* [20]). Этотъ авторъ приходитъ къ убѣжденію, что нѣтъ прогрессивнаго паралича, а есть прогрессивные параличи и псевдо-параличи, и что при этихъ страданіяхъ мы имѣемъ дѣло съ различными интоксикаціями и аутоинтоксикаціями, проявляющимися симптомами паралича. Вообще мысль о роли токсическихъ началъ въ развитіи паралича и о различныхъ видахъ послѣдняго въ связи съ ихъ разнообразіемъ, эта мысль очень часто повторяется въ современной литературѣ. *Paris* [21]) недавно опубликовалъ работу, гдѣ доказываетъ, что прогрессивный параличъ есть результатъ интоксикацій и аутоинтоксикацій и что клиниче-

скихъ картинъ его столько же, сколько этихъ ядовъ, которые вдобавокъ могутъ различнымъ образомъ комбинироваться между собою въ отдѣльныхъ случаяхъ. *Delmas* [22]) высказалъ убѣжденіе, что сифилисъ является причиною прогрессивнаго паралича, вліяя токсинами на головной мозгъ, и что подобнымъ же образомъ на послѣдній могутъ дѣйствовать другія инфекціонныя болѣзни. Но особенно интересны выводы, къ которымъ пришелъ *Angiolella* [23]). По этому автору причины прогрессивнаго паралича могутъ быть различны; по существу это—яды, находящіеся въ крови больныхъ. Вначалѣ они поражаютъ только стѣнки сосудовъ, а затѣмъ какъ соединительнотканные, такъ и паренхиматозные элементы, и не только въ центральной нервной системѣ, но и въ другихъ внутреннихъ органахъ. Съ цѣлью представить фактическія доказательства такого взгляда *Angiolella* изслѣдовалъ гистологически печень и почки 12 паралитиковъ и почти во всѣхъ случаяхъ встрѣтилъ одну и туже картину: періартеритъ мелкихъ сосудовъ, воспалительные и регрессивные процессы въ соединительной ткани и въ паренхиматозныхъ элементахъ. Такъ какъ сосуды малаго калибра поражаются прежде всего, то авторъ и видитъ здѣсь непосредственное дѣйствіе яда, поражающаго ихъ на первомъ планѣ.

Подобнаго же рода воззрѣнія на природу прогрессивнаго паралича высказываетъ въ послѣднемъ изданіи своего руководства проф. *Kraepelin*. Принимая во вниманіе разнообразіе симптомовъ, глубокій упадокъ общаго питанія, характерный для начальнаго періода болѣзни, измѣнчивость теченія, особенности патолого-анатомическихъ процессовъ, какъ въ центральной нервной системѣ, такъ и въ другихъ внутреннихъ органахъ, имѣя все это въ виду, *Kraepelin* думаетъ, что прогрессивный параличъ вызывается ядами, природа которыхъ намъ пока неизвѣстна; можно однако думать, что чаще всего здѣсь играетъ видную, хотя далеко не исключительную, роль предшествовавшее зараженіе сифилисомъ.

Итальянскіе авторы, *Montesano и Montessori* [24]), сдѣлали попытку ближе познакомиться съ предполагаемыми ядами паралича. Они обратили вниманіе на присутствіе въ организмѣ паралитиковъ особенныхъ бациллъ и на связь ихъ съ развитіемъ болѣзни или, по крайней мѣрѣ, съ возникновеніемъ эпилептиформныхъ приступовъ. Эти бациллы находятся въ церебро-спинальной жидкости и отличаются отъ описанныхъ при другихъ болѣзненныхъ формахъ. Въ одномъ случаѣ остро протекшаго паралича *Montesano* и *Montessori* констатировали микробъ, напоминающій микробъ тетануса.

Не задаваясь цѣлью исчерпать всю литературу вопроса, я считаю возможнымъ ограничиться приведенными выше указаніями: по моему мнѣнію, они вполнѣ ясно опредѣляютъ все дальнѣйшее развитіе нашихъ взглядовъ на сущность прогрессивнаго паралича.

Перейдемъ теперь къ терапіи этого страданія.

Печальный исходъ, которымъ обыкновенно заканчивается прогрессивный параличъ, невольно приводитъ къ мысли, что терапія не можетъ оказать на него никакого вліянія. Однако подобный пессимистическій выводъ слишкомъ поспѣшенъ.

Дѣйствительно, мы знаемъ, что въ теченіи паралича часто замѣчаются болѣе или менѣе длительныя ремиссіи, иначе говоря, что этому страданію свойственно стремленіе къ остановкамъ. Намъ извѣстно далѣе, когда что передъ нами ясно выраженная болѣзненная картина, въ основѣ ея лежатъ уже грубыя анатомическія измѣненія стойкаго характера, не поддающіяся никакимъ терапевтическимъ воздѣйствіямъ. Но для того, чтобы развиться, эти измѣненія нуждаются въ извѣстномъ срокѣ, и если бы грозная опасность была подмѣчена заранѣе, мѣры, принятыя для ея предупрежденія, могли бы оказаться болѣе дѣйствительными. Вотъ почему въ высокой степени важно распознать параличъ въ самомъ началѣ его возникновенія, вотъ почему свѣдѣнія о немъ должны быть какъ можно шире распространены среди всѣхъ врачей вообще.

Только домашній врачъ, прекрасно изучившій больного, имѣющій возможность часто видѣть его, только онъ въ состояніи уловить первые признаки того измѣненія психической личности, которое представляетъ существенную черту продромальнаго періода, и онъ долженъ оцѣнить эти признаки, немедленно принять соотвѣтствующія рѣшительныя мѣры. Полонъ глубокаго смысла совѣтъ *Krafft-Ebing*'а относиться подозрительно ко всякому случаю черепно-мозговой нейрастеніи, если симптомы послѣдней появляются у субъектовъ среднихъ лѣтъ, не отягченныхъ наслѣдственностью и живущихъ въ большомъ городѣ. Въ подобномъ случаѣ не слѣдуетъ долго медлить рѣшеніемъ, не нужно ожидать болѣе ясныхъ симптомовъ болѣзни и лучше быть излишне осторожнымъ, чѣмъ поздно каяться въ недостаткѣ благоразумія. Такой подозрительный неврастеникъ долженъ прежде всего покинуть привычную ему обстановку, освободиться отъ всѣхъ своихъ дѣлъ и обязанностей и, если есть хоть малѣйшая возможность, уѣхать куда-нибудь въ глухую деревню. Здѣсь весь его образъ жизни долженъ быть строго регламентированъ. Ему необходимо запретить всѣ возбуждающіе напитки: алкоголь, кофе, крѣпкій чай. Куреніе точно также должно быть оставлено, половыя сношенія сведены до минимума. Столъ необходимъ для больного простой, питательный, обильный, по возможности лишенный пикантныхъ пряностей. Большое вниманіе слѣдуетъ обращать на состояніе кишечника, такъ какъ запоры, даже и не особенно упорные, могутъ отзываться вредно на кровообращеніи въ полости черепа. Освобожденый отъ всякихъ дѣловыхъ занятій, больной долженъ въ опредѣленное время вставать, принимать пищу, гулять; для разнообразія ему можно разрѣшать развѣ только легкое, непродолжительное чтеніе или какія-нибудь не шумныя, не возбуждающія удовольствія.

Установивъ образъ жизни своего паціента, врачъ обязанъ сверхъ того бороться съ отдѣльными симптомами стра-

данія. Особенную важность здѣсь пріобрѣтаетъ устраненіе безсонницы. Съ этою цѣлью мы пользуемся продолжительными теплыми ваннами (27—28 R°), кратковременными ножными ваннами изъ проточной воды 10—12 R°, Пристницевскими обертываніями на ночь и т. п. Если гидротерапія не оказываетъ желательнаго дѣйствія или производитъ его не въ достаточной степени, мы прибѣгаемъ къ снотворнымъ. Всего удобнѣе назначить здѣсь большія дозы бромистыхъ препаратовъ до 3,0—4,0. Не помогаетъ бромъ, можно обратиться къ тріоналу или сульфоналу, но только слѣдуетъ избѣгать хлоралъ-гидрата, который слишкомъ раздражаетъ сосудистыя стѣнки и тѣмъ благопріятствуетъ усиленію въ нихъ паретическаго состоянія. Такой методъ лѣченія, будучи примѣненъ съ должной систематичностью въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, очень нерѣдко оказываетъ замѣчательно благотворное вліяніе. У больного мало-по-малу сглаживаются и, наконецъ, исчезаютъ всѣ болѣзненныя явленія и послѣ достаточно продолжительнаго отдыха онъ возвращается къ прежней здоровой жизни. Правда, относительно такихъ больныхъ, пожалуй, скажутъ, что они не паралитики, а только нейрастеники. Противъ этого однако можно возразить, что, во первыхъ, симптомы тяжелой церебральной нейрастеніи не исчезаютъ съ такою легкостью и въ столь непродолжительное время, а во вторыхъ, если и дѣйствительно въ томъ или другомъ случаѣ была діагностическая ошибка, то въ практическомъ отношеніи больной, конечно, отъ нея только выигрываетъ.

Въ настоящее время, къ сожалѣнію, лишь крайне рѣдко прогрессивный паралитикъ попадаетъ въ руки спеціалиста въ начальномъ стадіи болѣзни. Психіатру обыкновенно приходится имѣть дѣло уже съ развитымъ страданіемъ. Естественно поэтому является вопросъ, нѣтъ ли у него въ распоряженіи такихъ средствъ, которыя могли бы, если не радикально излѣчить болѣзнь, то по крайней мѣрѣ остановить ея

развитіе? Нѣкоторые изъ защитниковъ сифилитическаго происхожденія паралича стараются доказать, что противусифилитическая терапія можетъ благодѣтельно вліять на теченіе паралича, можетъ даже исцѣлять больныхъ. Такое мнѣніе высказалъ, напримѣръ, въ послѣднее время *Seeligmann*[25]), рекомендуя специфическое лѣченіе особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предшествовавшій сифилисъ былъ лѣченъ недостаточно или вовсе не лѣченъ. Съ подобными заявленіями однако я никакъ не могу согласиться. Противъ нихъ прежде всего возстаетъ патологическая анатомія, которая учитъ насъ, что измѣненія въ головномъ мозгу, находимыя при вскрытіи паралитиковъ, не имѣютъ ничего общаго съ тѣми, какія мы открываемъ при сифилисѣ. Далѣе, если даже и согласиться съ воззрѣніемъ, что прогрессивному параличу непремѣнно долженъ предшествовать сифилисъ, то во всякомъ случаѣ послѣдній лишь подготовляетъ почву, на которой потомъ развивается заболѣваніе, а отнюдь не вызываетъ его непосредственно.

Правда, предвидя такое возраженіе, сторонники антисифилитическаго лѣченія предполагаютъ, что въ организмѣ человѣка, перенесшаго сифилисъ, долгое время остаются специфическіе микроорганизмы, которые производятъ токсины, дѣйствующіе губительно на головной мозгъ; ртутные препараты будто-бы уничтожаютъ эти микроорганизмы и тѣмъ устраняютъ заболѣваніе. Но такая гипотеза, до сихъ поръ не подтвержденная фактами, встрѣчаетъ въ клиникѣ рядъ весьма вѣскихъ возраженій. Прежде всего мы знаемъ, что параличъ можетъ развиться черезъ цѣлые десятки лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ и въ этотъ промежутокъ времени человѣкъ остается совершенно здоровымъ, даетъ жизнь безукоризненно здоровому потомству. Странно было бы допустить, чтобы токсины въ теченіе столь долгаго періода ничѣмъ не проявили себя. Наконецъ, и это самое главное, опытъ убѣждаетъ въ полной безполезности ртутныхъ препаратовъ

при прогрессивномъ параличѣ. Такіе компетентные наблюдатели, какъ *Krafft-Ebing*, категорически заявляютъ, что при параличѣ самыя энергичныя втиранія ртути даютъ такъ же мало, какъ и при спинной сухоткѣ. *Kraepelin* говоритъ, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ съ несомнѣнно предшествовавшимъ сифилисомъ и даже при наличности его свѣжихъ признаковъ онъ наблюдалъ быстрый упадокъ силъ и возникновеніе тяжелыхъ приступовъ неистовства непосредственно вслѣдъ за ртутнымъ лѣченіемъ. Опираясь на личный опытъ, я всецѣло примыкаю къ этому мнѣнію. Въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ я только видѣлъ, что ртуть не ухудшаетъ положенія больного, и могу привесть много примѣровъ, гдѣ она приносила существенное ухудшеніе: паралитики подъ вліяніемъ ртутныхъ втираній и впрыскиваній быстро падали въ вѣсѣ, ослабѣвали физически, усиливалось ихъ состояніе возбужденія, быстрѣе наступалъ исходный періодъ. Вотъ почему уже съ давняго времени я никогда не назначаю ртутнаго лѣченія паралитику, если только у него нѣтъ какихъ-либо проявленій сифилиса, настойчиво требующихъ лѣченія.

Но если мы до сихъ поръ не умѣемъ радикально лѣчитъ прогрессивный параличъ, то тѣмъ не менѣе современная терапія можетъ въ многомъ облегчить положеніе больного. Прежде всего мы стараемся облегчить непріятные симптомы страданія. Выше я уже сказалъ о лѣченіи безсонницы, почему здѣсь на ней останавливаться не буду. Въ стадіѣ выраженной болѣзни особенно часто нужно считаться съ состояніемъ возбужденія. Съ цѣлью ослабить его *Krafft-Ebing* рекомендуетъ повторныя впрыскиванія морфія. Я лично имѣю мало опыта, чтобы опредѣленно высказаться о результатахъ подобнаго лѣченія, тѣ же, какіе я получалъ, не располагали меня къ дальнѣйшему назначенію морфія. Въ данномъ случаѣ съ гораздо большей пользой я примѣнялъ спорынью, одну или вмѣстѣ съ іодомъ. Спорынья, съуживая сосуды, тѣмъ самымъ повидимому устраняетъ паралитическую гиперемію

въ области головного мозга; что же касается препаратовъ іода, то ихъ вліяніе основано не на противусифилитическомъ дѣйствіи, а объясняется тѣмъ, что іодъ, усиливая обмѣнъ веществъ, вмѣстѣ съ тѣмъ благопріятствуетъ какъ всасыванію лимфы, такъ и удаленію содержащихся въ ней продуктовъ распада.

Кромѣ назначенія внутреннихъ средствъ, неоднократно дѣлались попытки примѣнить въ терапіи паралича различные методы наружнаго лѣченія. Такъ, *Meyer* рекомендовалъ втираніе въ наружные покровы черепа раздражающей мази, которая, производя воспалительный процессъ, тѣмъ самымъ обусловливала бы оттокъ крови отъ психическаго органа. *Meyer* думаетъ, что такимъ образомъ ему удалось изъ 15 больныхъ вылѣчить 8. (?!) Въ сравнительно недавнее время *Marro* e *Ruata* [27]) рекомендовали вызывать у паралитиковъ нагноеніе, впрыскивая имъ подъ кожу ol. terebinth., и утверждали, что производимый искусственно патологическій процессъ обладаетъ серіознымъ терапевтическимъ значеніемъ. Всѣ эти предложенія въ сущности исходятъ изъ фактовъ, подмѣченныхъ еще старыми авторами, напр. *Baillarger*, и доказывающихъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ нагноеніе, рожа и другіе соматическія страданія оказываютъ поразительно благопріятное вліяніе на картину и теченіе прогрессивнаго паралича. Но на чемъ основано такое вліяніе? Мнѣ лично много разъ случалось наблюдать, какъ рѣзко измѣнялось душевное состояніе паралитика, заболѣвшаго какимъ-либо инфекціоннымъ страданіемъ, напр. тифомъ. Иногда такой паралитикъ внезапно обнаруживалъ вполнѣ сознательное отношеніе къ своему положенію, къ условіямъ окружающей обстановки, отказывался отъ своихъ бредовыхъ идей и т. п., но по большей части только на короткое время. Коль скоро миновало соматическое осложненіе, передо мною былъ снова прежній больной. Въ литературѣ впрочемъ были описаны и случаи болѣе стойкаго улучшенія, если не исцѣленія, пара-

лича послѣ инфекціонныхъ заболѣваній. Эти факты во всякомъ случаѣ нельзя игнорировать; они невольно заставляютъ думать, что патологическіе процессы, лежащіе въ основѣ паралича, могутъ какъ бы ослабѣвать подъ вліяніемъ по крайней мѣрѣ нѣкоторыхъ болѣзненныхъ процессовъ инфекціоннаго происхожденія Повидимому, все дѣло здѣсь сводится не на мѣстное отвлеченіе, а именно на инфекцію. Однако точное пониманіе фактовъ, о которыхъ идетъ рѣчь, всецѣло зависитъ отъ дальнѣйшихъ успѣховъ бактеріологіи, пользоваться же ими теперь съ терапевтической цѣлью, конечно, преждевременно, тѣмъ болѣе, что и основанныя на нихъ мѣропріятія по своему характеру далеко не могутъ быть названы безразличными.

Грознымъ явленіемъ въ теченіи прогрессивнаго паралича должно считать эпилептиформные и апоплектиформные приступы, такъ какъ они могутъ закончиться летально. Терапія апоплектиформныхъ приступовъ та же, что и при обычной апоплексіи: ледъ на голову, отвлеченіе на кишечникъ; при извѣстныхъ условіяхъ—мѣстныя кровопусканія. По отношенію къ этимъ припадкамъ, впрочемъ, слѣдуетъ отмѣтить, что за послѣднее время въ общемъ они стали наблюдаться значительно рѣже. Еще *Heilbronner* [28]) видѣлъ ихъ у 60% своихъ паралитиковъ, *Kraepelin* (op. cit.) же только у 29%. Послѣдній авторъ, согласно съ *Kemmler*'омъ, указываетъ причину столь отраднаго факта въ благотворномъ вліяніи обширнаго примѣненія постельнаго режима.

Еще большую опасность представляютъ эпилептиформные припадки, которые часто слѣдуютъ одинъ за другимъ цѣлыми десятками въ теченіе короткаго времени. Въ подобныхъ случаяхъ прежде всего необходимо тщательно опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку, такъ какъ мы знаемъ, что у паралитиковъ даже самыя незначительныя периферическія раздраженія могутъ вызывать жестокіе припадки общихъ судорогъ. Если, не смотря на эту мѣру, припадки продолжа-

ются, то существенную пользу приносятъ клизмы изъ хлоралъгидрата, горячо рекомендуемыя многими авторитетными клиницистами. Сверхъ того мнѣ часто удавалось достигать хорошихъ результатовъ, примѣняя горячія ножныя ванны.

Чѣмъ далѣе подвигается страданіе, тѣмъ болѣе тщательный уходъ за собой требуетъ паралитикъ. Благодаря наклонности къ трофическимъ разстройствамъ онъ не переноситъ безнаказанно даже незначительныхъ вредныхъ вліяній. Внимательный надзоръ за отправленіями мочевого пузыря и прямой кишки, частыя ванны, мелко измельченная пища, предупрежденіе пролежня—вотъ на что главнымъ образомъ долженъ обратить врачъ свое вниманіе. Въ очень многихъ случаяхъ здѣсь полезно помнить совѣтъ *Gudden*'а, чтобы прислуга часто, черезъ каждый часъ или полчаса, перемѣняла положеніе больного, поворачивая его съ одного бока на другой, на спину, на животъ и т. д. Эта простая мѣра въ значительной степени противодѣйствуетъ какъ образованію пролежней, такъ и развитію застоя во внутреннихъ органахъ, гипостатической пневмоніи и т. п.

Мм. Гг! Если вы припомните все, что я говорилъ о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ то Вамъ будетъ ясно, насколько еще неполны наши свѣдѣнія въ столь важной области психіатріи. Правда современные успѣхи въ развитіи научныхъ знаній даютъ себя знать и здѣсь. Какъ мы видѣли, у насъ есть теперь весьма много данныхъ предполагать, что подъ именемъ прогрессивчаго паралича, считавшагося прежде нераздѣльной клинической единицей, извѣстны на самомъ дѣлѣ нѣсколько разнородныхъ страданій, что прогрессивный параличъ есть, слѣдовательно, понятіе сборное. Но какими элементами оно составляется? На этотъ вопросъ отвѣтитъ только будущее, которое наступитъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ большаго распространенія достигнутъ среди врачей неспеціалистовъ наши теперешнія свѣдѣнія о прогрессивномъ параличѣ: при этомъ условіи болѣзнь будетъ распознаваться гораздо раньше, періодъ пред-

вѣстниковъ будетъ изученъ съ большей точностью, понятнѣе будутъ развивающіяся изъ него дальнѣйшія фазы болѣзни, а все это неизбѣжно отразится и на ясности этіологіи и на высотѣ терапіи.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Nasse.* Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 42. H. 4.—Irrenfreund. 1877.
2. *В. П. Кузнецовъ.* Къ вопросу о выздоровленіи отъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Врачъ. 1891.
3. *Nissl.* Mittheilungen zur pathologishen Anatomie der Dementia paralitica. Neurol. Centralb. 1896. № 14.
4. *Anglade.* Sur les altérations des cellules nerveuses, des cellules pyramidales en particulier, dans la paralysie générale. 1898. Idem. Annales méd. psychol. 1898.
5. *Tuczek.* Beiträge zur patholog. Anatomie der Dementia paralitica. 1884.
6. *Meyer.* Arch. f. Psych. 1889.
7. *Mendel.* Die progressive Papalyse. 1880.
8. *Binswanger.* Die pathologische Histologie des Grosshirnrinden-Erkrankung. 1893.
9. *Binswanger.* Pathogenese und Abgrenzung der progr. Paralyse der Irren etc. Neurol. Centralbl. 1897. № 18.
10. *Fürstner.* Arch. f. Psychiatrie. XXIV. 1.
11. *Westphal.* Arch. f. Psychiatrie. 1.
12. *Marie.* Gazette des hôpitaux. 1894, 7.
13. *Sibelius.* Contribution à l'étude des altérations histologiques de la moëlle épinière etc. dans la paralysie générale. Travail de l'Institut pathologique d'Helsingfors. 1897.
14. *Berger.* Degeneration der Vorderhronzellen des Rückenmarks bei Dementia paralytica. Monatsschrift f. Psychiatrie. 1898.

15. *Baillarger*. Recherches sur les maladies mentales. T. II. p. 196.
16. *Meynert*. Klinische Vorlesungen. 1890.
17. *Nissl*. Sind wir im Stande, aus dem pathologisch-anatomischem Befunde die Diagnose der progr. Paralyse zu stellen? Neurol. Centralblat. 1898. № 24.
18. *Pollack*. Giebt es eine sichere hystologische Diagnose der progr. Paralyse? Inaug. Dissert. 1897. Würzburg.
19. *O. Schmidt*. Ist die progr. Paralyse pathologisch-anatomisch diagnosticirbar. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 54. H. 1 и 2. 1897.
20. *Nacke*. Die sogenannten ausseren Degenerationszeichen bei der Paralysis progressiva der Männer. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1899.
21. *Paris*. De la paralysie générale. Arch. de Neurologie. 1898.
22. *Delmas*. Maladies infectueuses aigues et paralysie générale. Arch. cliniq de Bordeaux. 1896.
23. *Angiolella*. Il manicomio moderno. 1895.
24. *Montesano* et *Montessori*. Ueber einem Fall von Dementia paralytica mit dem Befunde des Tetanusbacillus. Centralb. f. Bacteriologie. 1898. Bd. XXII. P. 663.
25. *Seeligmann*. Zur Aetiologie und Therapie der progr. Paralyse. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1898. Bd. 13.
26. *Meyer*. Berlin. klin. Wochenschift. 1877.
27. *Marro* e *Ruata*. Annali di freniatria. Effeti di prolongate e aboudanti suppurationi nella paralysi progressiva con applicationi terapentiche.
28. *Heilbronner*. Allg. Zeitschrift f. Psych. L 1.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

Лекція I. **Этіологія прогрессивнаго паралича.**

Быстрое усиленіе заболѣваемости прогрессивнымъ параличомъ, какъ характерная черта XIX столѣтія. Статистическія данныя, доказывающія этотъ фактъ.

Этіологическая роль современной цивилизаціи, климата, расы, общественнаго положенія. Вліяніе пола на заболѣваемость; различіе въ выводахъ прежнихъ и современныхъ наблюдателей. Этіологическое вліяніе возраста; средній возрастъ паралитиковъ по старой и новѣйшей статистикѣ. Наслѣдственность въ этіологіи прогрессивнаго паралича; рѣзкое различіе авторовъ во взглядахъ на этотъ вопросъ. Этіологическое значеніе сифилиса; доводы защитниковъ сифилитической теоріи и возраженія противъ нихъ. Значеніе алкоголя, половыхъ излишествъ, чрезмѣрной умственной работы, артритическаго діатеза и травмы въ развитіи прогрессивнаго паралича. . . . . 3—23.

Лекція II. **Клиническая картина прогрессивнаго паралича; его теченіе и исходы.**

Симптомы пораженія психической и соматической сферы, характеризующіе періодъ предвѣстниковъ. Періодъ полнаго развитія болѣзни; разнообразіе клиническихъ картинъ, какими онъ выражается. Маніакальная, меланхолическая, ипохондри-

Стр.

ческая и циркулярная формы паралича. Идеи бреда. Дементная форма прогрессивнаго паралича. Разстройства соматической сферы во второмъ періодѣ болѣзни.

Исходный періодъ паралича и его характеристика. Средняя продолжительность страданія; вліяніе на нее этіологическихъ факторовъ, возраста и клинической формы.

Острая форма паралича. . . . . 24—35.

Лекція III. Частная симптоматологія прогрессивнаго паралича.

Измѣненія психической сферы, характерныя для прогрессивнаго паралича; упадокъ интеллекта, какъ основное явленіе; раннее потемнѣніе сознанія, усиленная возбудимость чувства, благодушное настроеніе. Маніакальное возбужденіе паралитиковъ и его особенности. Картина неистовства при прогрессивномъ параличѣ. Идеи бреда и ихъ отличительныя черты. Меланхолическая и ипохондрическая формы прогрессивнаго паралича.

Разстройства двигательной сферы при прогрессивномъ параличѣ; ихъ общая характеристика. Измѣненія рѣчи словесной и письменной. Измѣненія голоса. Разстройства функціи внутреннихъ и наружныхъ глазныхъ мышцъ, мышцъ лица и языка. Походка при прогрессивномъ параличѣ и ея типы. Измѣненія сухожильныхъ рефлексовъ при параличѣ. Нрушенія со стороны мускулатуры тазовыхъ органовъ. . . . . 36—51.

Лекція IV. Частная симптоматологія прогрессивнаго паралича. (*Окончаніе*).

Апоплектовидные и эпилептовидные припадки при прогрессивномъ параличѣ; ихъ

Стр.

характеристика и причины. Сосудодвигательныя разстройства. Разстройства трофическія; ломкость костей. Нарушенія чувствительной сферы; ихъ разнообразіе; ослабленіе и утрата болевой чувствительности. Разстройства въ сферѣ органовъ высшихъ чувствъ; аносмія, измѣненіе поля зрѣнія, амаврозы. Аномаліи, наблюдаемыя со стороны отдѣленій. Температура при прогрессивномъ параличѣ; ея характерныя особенности. Разстройства полового влеченія. Сонъ. . . . . 52—63.

Лекція V. **Дифференціальная діагностика прогрессивнаго паралича.**

Затрудненія при діагностикѣ прогрессивнаго паралича. Отличіе его отъ другихъ органическихъ пораженій головного мозга. Распознаваніе паралича отъ мозгового сифилиса, внутренняго геморрагическаго пахименингита, разлитого и разсѣяннаго склероза, старческаго слабоумія и опухолей головного мозга. Близкое сходство, представляемое клиническими картинами нейрастеніи и прогрессивнаго паралича; особенности послѣдняго, служащія опорнымъ пунктомъ для правильнаго распознаванія. Отравленія, напоминающія картину паралича: алкоголизмъ, бромизмъ, свинцовая энцефалопатія, уремія . . . . . 64—79.

Лекція VI. **Прогностика, патологическая анатомія и терапія прогрессивнаго паралича.**

Причины, обусловливающія смертельный исходъ при прогрессивномъ параличѣ. Макроскопическія измѣненія въ головномъ мозгу и его оболочкахъ при параличѣ. Микроскопическія измѣненія въ центральной нервной системѣ паралити-

3 0112 115472695

Стр.

ковъ; измѣненія со стороны нервныхъ элементовъ, сосудовъ и соединительной ткани; различные взгляды авторовъ на характеръ этихъ измѣненій. Основанія, по которымъ прогрессивный параличъ можно разсматривать, какъ понятіе сборное. Терапія прогрессивнаго паралича; важность профилактическихъ мѣръ; неблагопріятное вліяніе противусифилитическаго лѣченія; борьба съ отдѣльными симптомами болѣзни; значеніе надлежащаго ухода за больными. . . . . 80—103.